



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Enfermería

**Intervención enfermera en el manejo del dolor del
paciente post-operado de cirugía abdominal, según
opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Ada Nisi AHUANARI RAMIREZ

ASESOR

Mistral Ena CARHUAPOMA ACOSTA

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ahuanari A. Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



81
22/2

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A)
EN ENFERMERÍA**

En la ciudad de Lima, a los quince días del mes de marzo del año dos mil diecisiete, en cumplimiento a lo señalado en el inciso "c" del Art. 66 del estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. N° 78337), se ha realizado la sustentación de la tesis titulada **"INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DOLOR DEL PACIENTE POST-OPERADO DE CIRUGÍA ABDOMINAL, SEGÚN OPINIÓN DEL PACIENTE, EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2016"**, sustentada por la Bachiller en Enfermería:

ADA NISI AHUANARI RAMÍREZ

para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Enfermería, habiendo obtenido el calificativo de:

18 (DIECIOCHO)

Lo que se da fe:

MG. EDNA RAMÍREZ MIRANDA
Presidenta



MG. TERESA G. SURCA ROJAS
Miembro

MG. TERESA L. PAREJA PERA
Miembro

MG. MISTRAL E. CARHUAPOMA ACOSTA
Asesor (a)

RALP/mtc

Av. Grau 755 - Lima 1 - Apartado Postal 529 - Lima 100 - Perú, E.A.P. de Enfermería 619 7000 anexo 4619

Web: www.unmsm.edu.pe/medicina - E-mail de la Escuela de Enfermería:

epenfermeria.medicina@unmsm.edu.pe

**INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DOLOR DEL
PACIENTE POST-OPERADO DE CIRUGÍA ABDOMINAL, SEGÚN
OPINIÓN DEL PACIENTE, EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2016.**

AGRADECIMIENTOS

A Dios siempre en primer lugar, en Su gracia y misericordia permitió que tenga vida y valor para levantarme en cada caída.

A mis padres por su apoyo incondicional.

A mi asesora, Mg. Mistral Carhuapoma, a mis profesores y amigos, quienes me orientaron para tomar las decisiones más adecuadas.

DEDICATORIAS

A mis padres, que confiaron en todo tiempo que alcanzaría este objetivo y extendieron sus manos para apoyarme.

A mis hermanos y a mis amigas Yennifer, Vivian y Adeliz, porque me ayudaron en todo momento, me animaron a continuar y pasamos muchas experiencias que siempre quedarán grabadas en mí.

A mi Alma Mater, UNMSM, por abrirme las puertas de sus prestigiosas aulas para desarrollarme en esta noble profesión.

Índice

	Pág.
Agradecimientos.....	iii
Dedicatorias.....	iv
Índice.....	v
Índice de Gráficos.....	vii
Resumen.....	ix
Summary.....	x
Presentación.....	xi

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema, delimitación y formulación	13
1.2. Formulación de objetivos	16
1.2.1.Objetivo General.....	16
1.2.2.Objetivos Específicos	16
1.3. Justificación de la Investigación.....	17
1.4. Limitaciones.....	18

CAPÍTULO II: BASES TEÓRICASY METODOLÓGICAS

2.1. Marco Teórico	19
2.1.1.Antecedentes Del Estudio.....	19
2.1.2.Base Teórica Conceptual.....	27
A. El Dolor y el Dolor Postoperatorio	27
...B. Intervención de la Enfermera en el manejo del dolor post- operatorio.....	42
2.1.3.Definición Operacional de Términos.	52
2.1.4. Variables.	52
2.2. Diseño Metodológico	53

2.2.1. Tipo de Investigación.....	53
2.2.2. Población.....	53
2.2.3. Muestra. Muestreo.....	53
2.2.4. Criterios de inclusión	54
2.2.5. Criterios de exclusión	54
2.2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	54
2.2.7. Plan de Recolección y Análisis Estadístico	55
2.2.8. Validez y Confiabilidad	56
2.2.9. Consideraciones Éticas	58

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

3.1. Resultados.....	59
3.1.1 Datos generales.....	59
3.1.2. Datos específicos.....	60
3.2. Discusión.....	66

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1. Conclusiones.....	73
4.2. Recomendaciones.....	74

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°		Pág.
1	Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente en un hospital de Lima. Perú, 2017	52
2	Intervención enfermera en el manejo farmacológico del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente en un hospital de Lima. Perú, 2017	53
3	Formas de la intervención enfermera en el manejo farmacológico del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente en un hospital de Lima. Perú, 2017	54
4	Acciones de la intervención enfermera en el manejo farmacológico del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente en un hospital de Lima. Perú, 2017	55
5	Intervención enfermera en el manejo no farmacológico del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente en un hospital de Lima. Perú, 2017	56

6	Acciones de la intervención enfermera en el manejo no farmacológico del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente en un hospital de Lima. Perú, 2017	57
----------	---	----

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la intervención enfermera en el manejo del dolor de los pacientes post-operados de cirugía abdominal en el Hospital Nacional Dos de Mayo, según opinión de los pacientes. **DISEÑO METODOLÓGICO:** Investigación cuantitativa, nivel aplicativo, método descriptivo y corte transversal. Instrumento de escala tipo Likert, sometido a juicio de expertos, $p = 0.013$. Muestra conformada por 40 pacientes post-operados de cirugía abdominal. **RESULTADOS:** 60% de los pacientes opinaron que la intervención enfermera en el manejo del dolor es ausente. Manejo farmacológico: 65% indicó que la intervención está presente, el 35% que es ausente; 70% y 60%, respectivamente, indicaron que la “administración de medicamentos” y la “evaluación del efecto del medicamento para el dolor” está presente, 55% que la “valoración del dolor” es ausente. Manejo no farmacológico: 65% que la intervención es ausente y el 35% que está presente; en estrategias alternativas “Proporcionar una atmósfera adecuada”, “Ayudar a adoptar posiciones antálgicas” y “Escucha activa”, el 70%, 60% y 52.50%, respectivamente, respondieron que está presente; en “Estimulación cutánea”, “Interés sincero”, “Uso de técnicas cognitivo-conductuales” y “Utilizar métodos de distracción”, el 87.50%, 67.50%, 62.50% y 52.50%, respectivamente, opinaron que es ausente. **CONCLUSIONES:** Las intervenciones enfermeras en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal enfatizan el manejo farmacológico, se resalta la administración de medicamentos y la evaluación de resultados más que la valoración del paciente. Las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor no son realizadas en su mayoría.

Palabras clave: manejo farmacológico del dolor, manejo no farmacológico del dolor, intervención enfermera.

SUMMARY

Objective: To determine the nurse intervention in the pain management of postoperative abdominal surgery patients at the Hospital Nacional Dos de Mayo, according to the patients' opinion.

Methodological design: Quantitative research, applied level, descriptive method and cross section. . Likert scale instrument, submitted to expert judgment, $p = 0.013$. Sample consisting of 40 postoperative patients of abdominal surgery. **Results:** 60% of the patients thought that the nurse intervention in pain management was absent. Pharmacological management: 65% indicated that the intervention is present, 35% that is absent; 70% and 60%, respectively, indicated that "drug administration" and "evaluation of the drug's effect for pain" is present, 55% that "pain assessment" is absent. Non-pharmacological management: 65% that the intervention is absent and 35% that is present; In alternative strategies "Providing a suitable atmosphere", "Helping to adopt antalgic positions" and "Active listening", 70%, 60% and 52.50%, respectively, responded that it is present; In "Stimulation of the skin", "Sincere interest", "Use of cognitive-behavioral techniques" and "Use methods of distraction", 87.50%, 67.50%, 62.50% and 52.50%, respectively, were absent.

Conclusions: Nursing interventions in the management of postoperative abdominal surgery patients emphasize pharmacological management, emphasizing medication administration and evaluation of results rather than patient assessment. Non-pharmacological strategies for pain management are not mostly performed.

Keywords: Pharmacological pain management, non-pharmacological pain management, nursing intervention.

PRESENTACIÓN

La labor de enfermería que se desarrolla a lo largo de la historia se enmarca en el cuidado integral de la persona, brindado un cuidado holístico, es decir que engloba todas las esferas del ser humano. Así pues, sabiendo que el dolor es una experiencia sensorial conocida por el hombre desde la antigüedad y que su percepción es un fenómeno complejo, ya que tiene un componente nociceptivo o sensorial y un componente afectivo o reactivo, existiendo sufrimiento asociado al dolor, que por tanto afecta a todas las áreas del ser humano, el profesional de enfermería al efectuar sus acciones para disminuir el dolor de un paciente debe enfocarse en un manejo adecuado y completo del dolor, que no solo involucre el cumplimiento de un tratamiento farmacológico sino que se brinden cuidados propios de enfermería aplicando estrategias alternativas al tratamiento farmacológico. De esta manera se evita no sólo por el sufrimiento innecesario sino el incremento en los costes asistenciales, es así que la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) apoyan la valoración del dolor como quinta constante vital.

En este sentido se realiza la presente investigación titulada “Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima”, la cual busca que el enfermero tome conciencia de la gran labor que debe realizar respecto al manejo del dolor post-operatorio, realizando un análisis de la situación actual que se muestra en la sede de estudio.

La estructura de la investigación se presenta de la siguiente manera: el capítulo I presenta el problema a investigar, este comprende la delimitación y formulación del problema, objetivos y justificación. El capítulo II comprende el marco teórico: antecedentes, base teórica, definición operacional de términos y variables; y diseño metodológico comprende: tipo de investigación, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento y procedimientos para la recolección, procesamiento y análisis de datos. El capítulo III presenta los resultados encontrados después del procesamiento y análisis de las variables estudiadas, los cuales se describen en 5 gráficos, y finalmente se presenta la discusión de los resultados encontrados. El capítulo IV presenta las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, International Association for the Study of Pain) define el dolor como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal”¹.

Reportes internacionales indican que el dolor postoperatorio se presenta en más del 70% de los pacientes². En pacientes hospitalizados, la prevalencia de dolor se ha estimado en un 61,4%, los pacientes postquirúrgicos tenían más prevalencia de dolor que los no quirúrgicos, aunque la intensidad se mantenía en niveles de dolor moderados³. En los pacientes post-operados inmediatos se estima que el 5% tiene dolor leve, 20% tiene dolor moderado y entre el 25% al 40% padecen dolor severo⁴.

En el contexto actual, muchos de los enfermeros están acostumbrados a solo cumplir estrictamente con la receta médica y con esto se han mecanizado las acciones de enfermería respecto al manejo del dolor, limitándose solo al manejo farmacológico. Por ello, el actuar como profesionales enfermeros en los cuidados que se brindan para el manejo del dolor, no debe estar enfocado solo en administrar un tratamiento farmacológico de manera mecánica sino más bien otorgar al paciente un

cuidado integral, donde verdaderamente se demuestre que se le está atendiendo de forma holística y respetando sus derechos como paciente, aplicando estrategias alternativas para el manejo del dolor que sean propias de enfermería. Pues al brindar un cuidado donde se realiza un adecuado manejo del dolor se asegura la integridad física, social y psíquica, que eleva la dignidad humana, brindándole a él, como persona que es, una mejor calidad de vida. En este sentido, la intervención adecuada del profesional de enfermería ante el manejo del dolor podrá asegurar una satisfactoria y notable recuperación del paciente, puesto que es el enfermero quien está en contacto continuo con él^{5,6}. Teniendo en cuenta que el dolor que se da en una persona surge a partir de su propia experiencia; es decir es personal, subjetivo e intransferible; no se le debe juzgar o criticar sino apoyarlo hasta su mejora.

Hay estudios que demuestran la importancia de la intervención de enfermería en el manejo del dolor, como Castillo Bueno y colegas, quienes señalan que se ha demostrado la efectividad de las intervenciones de enfermería en la mejoría del dolor sin sopesar un tipo de tratamiento sobre otro⁷.

Erika Costa Pisfil y col., señalan que existe una relación significativa entre la calidad del cuidado inmediato y el manejo del dolor en pacientes quirúrgicos y también que el 65% de enfermeras de los hospitales de Chimbote presentan una calidad de cuidado inmediato medio⁸.

Por otro lado, en la experiencia práctica se ha observado muchas veces que “las acciones de enfermería dirigidas al manejo del dolor se oponen o contradicen a lo que se dice practicar: un cuidado integral.” Por un lado

están los enfermeros que no le dan importancia al dolor que presentan los pacientes en la etapa post-quirúrgica, asumiendo que este es una consecuencia inevitable y con esto dejan el interés por su tratamiento; y por otro lado se encuentran los enfermeros que, asumiendo en parte esta misma postura, tratan el dolor post-operatorio del paciente después o al momento en que este aparece, sin antes realizar una valoración adecuada, ni percatarse de cómo se siente el paciente o preguntarle qué tan grave es su dolor. Todo esto podría conllevar, no solo a una demora en la mejora del paciente, sino también, al desmérito de la profesión y quehacer de enfermería; con lo que se evidencia un cuidado mecanizado y que no es consciente de la importancia del rol de enfermería.

El dolor postoperatorio es un problema latente e inherente en una intervención quirúrgica; por ello, se debe reconocer que es de especial consideración para enfermería por ser quienes están en constante interacción con el paciente desde su ingreso hasta el último momento de alta en el hospital. Por lo que, la labor de enfermería en esta área es de sumo interés, ya que todas sus acciones van orientadas no solo hacia la recuperación adecuada y espontánea de todas las funciones fisiológicas, sino de cada una de las esferas del paciente como ser humano.

Ante este planteamiento emergen las siguientes preguntas:

¿Cuán importante es para la enfermera el tratamiento del dolor post-operatorio?

¿La enfermera considera necesario cambiar su intervención respecto al tratamiento del dolor?

¿Qué opinión tiene el paciente de la intervención de la enfermera respecto al tratamiento de su dolor?

¿Conoce la enfermera otro tipo de intervención diferente a la farmacológica para el tratamiento del dolor post-operatorio?

De todo ello se formula el siguiente problema:

¿Cómo es la intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima en el año 2017?

1.2. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la intervención enfermera en el manejo del dolor de los pacientes post-operados de cirugía abdominal en el Hospital Nacional Dos de Mayo, según opinión de los pacientes.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características de la intervención enfermera para aliviar el dolor con el tratamiento farmacológico, según la opinión del paciente.
- Identificar las características de la intervención enfermera para aliviar el dolor con el tratamiento no farmacológico, según la opinión del paciente.

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El dolor siempre ha sido un tema de estudio, pues, es un síntoma muy frecuente y de intensidad muy variable que afecta a las personas de todas las edades. Por ello, el dolor, ya sea agudo o crónico, representa un problema de salud significativo⁹. Su abordaje comprende también aspectos éticos. Ya que, en primer lugar la falta de consideración del dolor ajeno constituye un problema relevante que afecta directamente a la persona que lo padece y también a los que lo rodean; y en segundo lugar los cuidados en la atención del paciente que brinda la enfermera va a depender de los aspectos bioéticos que tome en cuenta, lo que servirá de base para obtener una satisfactoria recuperación del paciente¹⁰.

La intervención de enfermería en el manejo del dolor es sumamente relevante. Sin embargo, muchas veces se ha desmerecido el rol de enfermería en esta área, ya que se observa un cuidado mecanizado y por mostrar poco o ningún interés en los cuidados frente al dolor de los pacientes post-operados, pues por lo general se utilizan solo fármacos para aliviar el dolor y no intentan realizar algún tratamiento diferente al farmacológico.

En el hospital sede de estudio no existen antecedentes de este tema de investigación, lo que revela la necesidad de mostrar cómo están actuando los enfermeros en sus intervenciones para manejar el dolor que presentan los pacientes postoperados de cirugía abdominal.

En la actualidad los profesionales de enfermería marcan una etapa crucial para el desarrollo de la profesión, pues con el desarrollo de la tecnología y

la ciencia se está dejando de lado un aspecto muy importante que es parte fundamental de enfermería, esto es el compromiso con la humanización del cuidado. Por este motivo, el tema del presente trabajo está íntimamente relacionado al cuidado humanizado, ya que parte de la intervención enfermera al brindar cuidado es combatir el dolor de la mejor manera, demostrando su interés por “el otro”, por ello el presente trabajo establecerá una pauta más para fortalecer la esencia de la profesión que es el “cuidado”. Y con esto, favorecer la reflexión de los enfermeros, quienes están sujetos al manejo del dolor de los pacientes y difundir la necesidad de implementar nuevas estrategias para el abordaje del dolor y el empoderamiento de esta área, ya que es parte de la intervención enfermera. Recordando a los enfermeros la importancia de la consideración del dolor ajeno, y con esto la relevancia que tiene el manejo del dolor brindado un cuidado integral a todo tipo de pacientes.

1.4. LIMITACIONES

La obtención de la muestra, al no ser una cantidad fija de pacientes post-operados por mes y por suspensión de cirugías programadas por falta de insumos en el hospital.

CAPITULO II

BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A nivel internacional:

María Guadalupe Moreno Monsiváis; María del Refugio Muñoz Rodríguez; Guadalupe Interrial Guzmán, en el año 2014 desarrollaron el trabajo de investigación “Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados”, cuyo objetivo fue determinar la satisfacción con el manejo del dolor en pacientes hospitalizados y su relación con la intensidad del mismo, el alivio y la orientación proporcionada al paciente para el manejo del dolor postoperatorio. El estudio fue descriptivo correlacional, con muestreo aleatorio sistemático en una muestra de 193 pacientes. Se utilizó el Cuestionario de Intensidad del Dolor y una cédula de datos. Los resultados que encontraron fueron los siguientes: el 48,2% de los participantes manifestaron dolor severo como máximo durante las primeras 24 horas. En relación con el alivio del dolor, el 77,7% tuvo un manejo adecuado y el 85,5% recibió orientación preoperatoria. La satisfacción se ubicó en 9,54 (DE = 1,08). Se encontró diferencia significativa en la satisfacción del paciente según si recibió o no orientación ($t = 71,23$; $p = 0,001$), con mayor satisfacción en los que recibieron orientación ($M = 9,65$) (DE = 0,84). La satisfacción del paciente con el manejo del dolor

está determinada por el máximo dolor postoperatorio y por la orientación preoperatoria recibida para el manejo del mismo ($R^2 = 0,17$; $p = 0,000$). Y se llegó a la siguiente conclusión:

“el adecuado manejo del dolor en el paciente postoperado hospitalizado requiere valorar oportunamente el nivel de dolor y la orientación al paciente, aspectos elementales en los que enfermería juega un rol fundamental y son clave para incrementar la satisfacción.”¹¹

Anabel Guadalupe Córdova Jaquez y col., en el año 2012 realizaron el estudio “Manejo del dolor por el personal de enfermería en paciente pediátrico post-quirúrgico de apendicetomía”, con la finalidad de describir cómo es el manejo del dolor que ofrece el personal de enfermería al paciente pediátrico postquirúrgico de apendicetomía. Fue un estudio descriptivo-transversal, exploratorio, con metodología cuantitativo, se utilizó un instrumento semi-estructurado que se aplicó al personal de enfermeras que laboran en el área de pediatría en un hospital de segundo nivel en la ciudad de Durango, dicho instrumento consta de siete reactivos. En los resultados se encontró que el 55% de la muestra solo utiliza la administración de analgésicos como acción dependiente para manejar el dolor, mientras que el 45% además realiza otras intervenciones independientes como parte del cuidado de enfermería. Del 45% de las enfermeras que realizan otras intervenciones se obtuvieron los siguientes resultados: apoyo emocional (56%), cambio de posición (22%), manejo ambiental (11%) y escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (11%). Se llegó a la siguiente conclusión:

“Expuesto lo anterior se adjudica la necesidad de elaborar un modelo innovador en el cual las enfermeras en el servicio de pediatría apliquen intervenciones independientes propias de enfermería, con el objetivo de mejorar la calidad en la atención en el manejo del dolor en pacientes postquirúrgicos de apendicetomía. Se hace necesario también elaborar nuevas investigaciones donde el sujeto de estudio sea el paciente y la familia para valorar el grado de satisfacción sobre la atención que reciben acerca del manejo del dolor”.¹²

Zavala Rodríguez, Ma. del Refugio y González Salinas, J. Fernanda en el año 2008 realizaron la investigación “Conocimiento y manejo del dolor en alumnos de enfermería” con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento en el manejo del dolor de los alumnos de la Facultad de Enfermería, Campus Tampico, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. El estudio fue de método descriptivo, transversal y correlacional, el cual integró la muestra de 139 alumnos, de sexto a octavo periodo académico, 30 docentes del área de enfermería para conocer su opinión en cuanto al conocimiento de los alumnos. Utilizaron dos cuestionarios, uno para los alumnos con 33 reactivos clasificados en tres dimensiones: clasificación del dolor, valoración y cuestiones farmacológicas. Para los docentes el cuestionario incluyó 25 reactivos derivados de dichas dimensiones. Estos instrumentos obtuvieron un Alpha de Cronbach de 0,85 y 0,82 respectivamente. Los principales resultados: el 41% de los alumnos se ubicó en el grupo de edad de 22 a 24 años; el 65% correspondió al séptimo periodo. El 70% de los alumnos se situó en un

nivel alto de conocimiento. Respecto a los docentes, el 53% son profesores de tiempo completo, el 47% tienen una antigüedad laboral entre 12 y 21 años. El 70% refirió que los alumnos tienen moderado conocimiento en el manejo del dolor. La correlación de Pearson arrojó relación significativa entre el índice general de conocimiento y las tres dimensiones de variables. Llegaron a la conclusión:

“Se requiere analizar, a través de trabajo colegiado, el contenido y la metodología en las asignaturas de enfermería que conlleva la formación profesional esencial que se exige a enfermería en medidas terapéuticas para el manejo del dolor del usuario de los servicios de salud, dentro de un marco de seguridad técnico, científico, ético y legal.”¹³

Irma Rocío Achuri Lavado y Milena Astrid Pérez Uribe en el año 2006 realizaron el estudio “Intervención del profesional de enfermería frente al manejo del dolor en pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico de la Clínica del niño Jorge Bejarano”, cuyo propósito fue identificar las actividades de enfermería útiles para el manejo del dolor en niños hospitalizados en la UCI-P. Para el cual, se valoró el grado de dolor de 22 niños utilizando las escalas de Wong-Baker y la escala numérica y se elaboró el diagnóstico de enfermería con NANDA y según el grado de dolor se realizaron las intervenciones de enfermería recomendada por el NIC. Se revaloró el grado de dolor después de las intervenciones. Los datos se trataron con el método estadístico: Análisis de varianza, encontrando que las intervenciones de enfermería son útiles en la disminución del grado de dolor en niños. Una de las conclusiones fue la siguiente:

“La respuesta que los pacientes generan a los tratamientos, es de disminución de el grado de dolor, tanto las intervenciones de enfermería para los grados 1-2 y 3-4, son igual de útiles que para los de grado 5, que además tienen analgesia. La correcta selección de la intervención de enfermería depende primordialmente de una eficaz valoración del grado del dolor del paciente”.¹⁴

María del Rocío Hernández Adame en el año 2004 desarrolló la investigación “Manejo del dolor postoperatorio en enfermería” con el objetivo de conocer el manejo y métodos para el control del dolor, que el personal de enfermería del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de la ciudad de Veracruz aplica en los pacientes postoperados. Fue una investigación de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y transversal; el muestreo fue de tipo sistemático y estuvo constituido por 56 enfermeras; la recolección de la información es a través de una encuesta por medio de la entrevista estructurada. Al evaluar el manejo del dolor se encontró que solo el 45% le explica al paciente sobre el dolor y cómo controlarlo, el 80% administra analgésicos cuando el paciente tiene dolor, el 48% realiza valoración del dolor posterior a la medicación, pero solo el 15% aceptó contar con un instrumento de valoración del dolor, el 19% realizar estrategias no farmacológica para el control del dolor. En las estrategias no farmacológicas para el control del dolor se encontró que el 18% emplearon la modificación conductual, el 9% la aplicación del dolor, de movimientos, de ejercicios y distracción, el 5% la aplicación del

frío, la meditación, la imaginación guiada y la terapia ocupacional. Se concluyó lo siguiente:

“Las técnicas para el control del dolor postoperatorio más empleado es la aplicación de analgésicos y las dosis empleadas son insuficientes para el control del dolor, por lo que es conveniente la revisión de los analgésicos y dosis terapéuticas por médicos y enfermeras. Las técnicas no farmacológicas son desconocidas por la mayoría del personal de enfermería, por lo que es conveniente retomar estas técnicas. La mayoría del personal de enfermería maneja el dolor postoperatorio sin un plan de atención, lo que hace necesario fomentar su realización para una atención de calidad”.¹⁵

A nivel nacional:

Pezo Arteaga Dolibeth y Rios Carrasco Ana Cecilia, desarrollaron su tesis titulada “Satisfacción del paciente postoperado con la atención de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital II-2 MINSA Tarapoto”, en el año 2012, con el objetivo principal de determinar el nivel de satisfacción del paciente postoperado con la atención de enfermería en el servicio de cirugía del mencionado nosocomio. Fue un estudio descriptivo simple, prospectivo, transversal. Para la muestra se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, la cual incluyó 46 pacientes postoperados de cirugía abdominal abierta, hospitalizados, que cumplían con los criterios de inclusión. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas individuales utilizando un cuestionario tipo escala Likert con 35 items. Una de sus conclusiones fue la siguiente:

“El nivel de satisfacción, en relación a necesidades en general fue de parcialmente satisfecho con un promedio ponderado de 2.45. Siendo mayor la satisfacción en necesidades: de amor y pertenencia con un promedio de 2.73, de seguridad y protección con 2.71 de promedio, ubicándolas a ambas en el nivel de parcialmente satisfecho; seguido de necesidades fisiológicas: nutricionales, de eliminación y de reposo, confort y de evitación del dolor con un promedio ponderado de 2.32, 2.34 y 2.15 respectivamente.”¹⁶

Isabel Natividad Urure Velazco, realizó una tesis, para optar el grado académico de Doctor por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, titulada “Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica”, en el año 2007. Su objetivo fue determinar el nivel de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el servicio de cirugía del hospital “Santa María del socorro” de Ica. El estudio fue descriptivo transversal. La muestra constituida por 145 pacientes postoperado de 2 a 4 días. En la recolección de datos se utilizó un cuestionario tipo escala Likert con 30 reactivos y otra escala para determinar la atención de enfermería postoperatoria. En sus resultados se obtuvo que los pacientes postoperados en su mayoría fueron mujeres y casadas, con un nivel educativo aceptable. La permanencia postoperatoria mayoritariamente fue de 4 días (60.6%). El nivel de satisfacción en relación a necesidades y expectativas fue parcialmente satisfecho con un promedio de 3.60 y 3.70 y en relación a percepciones resultó satisfecho con 4.12 de promedio. La atención de enfermería postoperatoria fue buena con 47.5%.

Una de sus conclusiones fue la siguiente:

“El nivel de satisfacción, en relación a necesidades en general fue de parcialmente satisfecho a satisfecho con un promedio ponderado de 3.60. Siendo mayor la satisfacción en necesidades: de amor y pertenencia con un promedio de 3.99 (Tabla N°5), de seguridad y protección con 3.92 de promedio, ubicándolas a ambas en el nivel de parcialmente satisfecho a satisfecho; seguido de necesidades fisiológicas: nutricionales, de reposo, confort y de evitación del dolor y de eliminación con un promedio ponderado de 3.52, 3.42 y 3.17 respectivamente.”¹⁷

Ana María Quispe Ninantay, elaboró su tesis titulada “Opinión que tienen los pacientes del servicio de medicina general sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, en el año 2005. Cuyo objetivo general de determinar la opinión que tienen los pacientes sobre la calidad de atención de enfermería y como objetivos específicos; identificar la opinión que tienen los pacientes sobre la calidad de atención de enfermería en las dimensiones técnico, interpersonal y de confort. El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes hospitalizados en los ambientes de medicina general (255) siendo la muestra 80 pacientes. El instrumento que se utilizó para la recolección de la información fue un formulario tipo escala de Likert y la técnica fue la entrevista. En una de sus conclusiones señala lo siguiente:

“La opinión de la mayoría de los pacientes sobre la calidad de atención del personal de enfermería es de medianamente favorable a desfavorable, debido a que el paciente manifiesta que la enfermera no le explica el procedimiento que realiza y el tiempo de demora es notorio, cuando se muestra insensible ante el dolor, cuando muestra inseguridad y lentitud, despreocupación antes los efectos del tratamiento, y siente desagrado por las expresiones de prepotencia y descortesía al saludo de la enfermera, así como el uso de un lenguaje complicado al dirigirse a este, al no llamarlo por su nombre, indiferencia ante el ambiente de la unidad así como de los ruidos que impiden su descanso, la invasión de su privacidad y el desinterés por su alimentación.”¹⁸

2.1.2. BASE TEÓRICA CONCEPTUAL

A. EL DOLOR Y EL DOLOR POST-OPERATORIO

El dolor no tiene una definición absoluta, puesto que básicamente se centra en el propio sentir de la persona que lo padece. Por ello, la forma más acertada de definir al dolor es la que involucra todos los aspectos o áreas del ser humano y no solo la parte física. La IASP lo ha definido como una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal. Se reconoce que el dolor es un síntoma frecuente, de diferente intensidad y que afecta a cualquier persona sin discriminar por algún aspecto, se inicia en el área física a partir de una injuria producida en cualquier parte del organismo, y a partir de ello se origina una afección general a cada una de las áreas del ser humano. Sin embargo, las áreas más comprometidas son la física y emocional, por ser el dolor algo muy subjetivo y personal.

En este sentido, podemos entender que el dolor postoperatorio es un síntoma que afecta al ser humano en su integralidad, a pesar de que se produce a raíz de una injuria física, son múltiples factores o áreas que se ven afectadas en el ser humano; así podemos afirmar que el dolor está relacionado con estructuras anatómicas, conductas fisiológicas y factores psicológicos, sociales, culturales y cognitivos⁹.

Asimismo, el dolor postoperatorio se define como un dolor de inicio reciente, el cual tiene una duración limitada y que aparece a raíz de una estimulación nociceptiva sobre los distintos tejidos y órganos, resultantes de una intervención quirúrgica. La principal característica de este tipo de dolor es que se presenta en una intensidad máxima en las primeras 24 horas y va disminuyendo progresivamente.¹⁹

A.1 Tipos de dolor^{9, 20}

- Dolor cutáneo y dolor somático profundo:

El dolor cutáneo se origina en estructuras superficiales, como la piel y el tejido adiposo subcutáneo. Un corte de un dedo provocado por el filo de una hoja de papel representa un ejemplo de dolor superficial, o cutáneo, localizado. Este es un dolor agudo asociado con un componente quemante cuya instalación puede ser rápida o lenta; puede localizarse con precisión o a veces se distribuye a lo largo de un dermatoma. La superposición frecuente de la distribución de las fibras nerviosas en los distintos dermatomas determina que los límites del dolor a menudo no pueden establecerse con la precisión que sugiere el mapa dermatomas.

El dolor somático profundo se origina en estructuras profundas del cuerpo, como el periostio, los músculos, los tendones, las articulaciones y los vasos sanguíneos. Es un dolor más difuso que el cutáneo y puede ser evocado por diversos estímulos, como una presión firme ejercida sobre un hueso, la isquemia muscular o una lesión tisular. Este tipo de dolor es el que padece una persona que sufrió un esguince de tobillo. El dolor somático profundo puede irradiar desde el sitio de origen.

- **Dolor visceral:**

También denominado esplácnico, se origina en una víscera y es uno de los tipos de dolor que con mayor frecuencia se asocian con enfermedad. Aunque en muchos aspectos es similar al dolor somático, los mecanismos neurológicos subyacentes y la percepción del dolor visceral difieren de los del somático. La densidad de nociceptores es menor en las vísceras que en la piel.

- **Dolor referido:**

Es aquel dolor que se percibe en un sitio diferente al sitio de origen, pero que está inervado por el mismo segmento raquídeo. Se avanzó la hipótesis que propone que las neuronas aferentes viscerales y somáticas convergían en las mismas neuronas de proyección hacia el asta dorsal. El dolor originado en vísceras abdominales o torácicas es difuso y mal localizado y a menudo se percibe en un sitio muy alejado de la región afectada. Puede manifestarse en forma aislada o simultáneamente con el dolor localizado en el sitio del estímulo nociceptivo original.

- **Dolor agudo y crónico:**

El dolor agudo por lo general se clasifica como un dolor que dura menos de 6 meses. Este límite, un tanto arbitrario, deriva del concepto de que el dolor agudo sería consecuencia de una agresión tisular, como la asociada con un traumatismo o una intervención quirúrgica; en general, es autolimitado y finaliza con la curación de tejidos dañados. Actúa como un sistema de advertencia que, además de alertar a la persona acerca de la presencia de una lesión tisular efectiva o inminente, promueve la procuración de ayuda médica. La localización, la irradiación, la intensidad y la duración del dolor, así como los factores que lo agravan o lo alivian, son indicios diagnósticos sumamente importantes.

Puede provocar ansiedad y espasmos musculo esqueléticos reflejos secundarios que se suman al dolor original. Las intervenciones que alivian el dolor en general calman la ansiedad y los espasmos musculo esqueléticos. El dolor no tratado puede conducir a respuestas fisiológicas que alteran la circulación y el metabolismo tisular, y provocar manifestaciones físicas, como taquicardia, que reflejan un aumento de la actividad simpática. El dolor que no recibe un tratamiento adecuado puede reducir la movilidad y los movimientos respiratorios, como la respiración profunda y la tos, y complicar y retardar la recuperación del paciente.

El dolor crónico se ha definido como aquel que persiste durante 6 meses o más. Sin embargo, en la práctica clínica no es necesario esperar a que transcurran 6 meses para diagnosticarlo y el diagnóstico, en general, se basa en el tiempo normal previsto para la curación de la

causa subyacente. La Asociación Internacional para el estudio del dolor lo define como un dolor que persiste después de transcurrido el periodo de curación previsto. El dolor crónico es variable y abarca un espectro que comprende un dolor sumamente intenso y continuo, o un dolor relativamente constante, con periodos de intensificación o sin ellos. En el caso del dolor crónico es especialmente importante prestar atención a la descripción subjetiva del dolor, dado que las respuestas psicofisiológicas usuales pueden estar ausentes. A medida que un trastorno doloroso se prolonga y se torna continuo, las respuestas del sistema nervioso autónomo disminuyen. En pacientes con dolor crónico es frecuente observar una disminución de la tolerancia al dolor, tal vez debido a la depleción de serotonina y endorfinas y a la depresión asociada.

A.2 Fisiopatología del dolor

La fisiopatología del dolor se inicia desde la captación sensorial del estímulo doloroso que, se percibe como transmisión aferente de la información nociceptiva (“sensación de dolor”), generando impulsos que son transmitidos hasta el sistema nervioso central (SNC) ²¹. Por ello, se considera en general que el dolor yace en el contexto de una lesión tisular. Sin embargo, es sabido que los mecanismos del dolor son diversos y complejos y de aquí se derivan múltiples teorías acerca del dolor.

En este sentido, se ha señalado y estudiado que al igual que en otras modalidades somato sensoriales, las vías nerviosas están compuestas por neuronas de primero, segundo y tercer órdenes. Las neuronas de primer orden y sus terminaciones nerviosas receptivas detectan

estímulos que ponen en peligro la integridad de los tejidos inervados. Las neuronas de segundo orden se localizan en la médula espinal y procesan información nociceptiva. Las de tercer orden transmiten la información álgica al cerebro. El tálamo y la corteza somato sensorial integran y modulan el dolor así como la reacción de la persona a la experiencia álgica.²²

Entendemos, así, que el dolor se produce por la sensación o percepción aferente de un estímulo nociceptivo. Siendo este transmitido siguiendo un orden específico, el cual en primer lugar es percibido y luego transmitido desde las neuronas de primer orden hacia el asta dorsal de la médula espinal, donde a su vez se produce la sinapsis con las neuronas de segundo orden las cuales cruzan hacia el lado opuesto de la médula espinal para ascender en el tracto espinolactámico procesando la información nociceptiva, para luego establecer sinapsis con las neuronas de 3er orden llegando hasta el sistema activador reticular (SAR) y el tálamo. Finalmente la percepción de la localización y la interpretación del significado del dolor tienen lugar en la corteza somatosensitiva.⁹

No obstante, otras teorías señalan que en función a los mecanismos fisiopatológicos, el dolor puede diferenciarse en nociceptivo y neuropático. Siendo el primero la consecuencia de una lesión somática o visceral y el segundo, el dolor neuropático, el resultado de una lesión y/o alteración de la transmisión de la información nociceptiva a nivel del sistema nervioso central o periférico.²³

– **Estructura del sistema nervioso periférico:**

La información sensitiva procedente de la piel se transmite al sistema nervioso central (asta dorsal de la médula espinal) por tres tipos diferentes de neuronas sensitivas: fibras A β , A δ y C. Estas neuronas aferentes primarias son responsables de la transducción de información mecánica, bioquímica y térmica en actividad eléctrica. Aunque las tres clases pueden transmitir información no nociceptiva, en condiciones fisiológicas tan sólo las fibras C (dolor sordo) y A δ (dolor agudo) son capaces de transmitir información nociceptiva desde la periferia hasta el asta dorsal de la médula espinal. Por tanto, en circunstancias normales, las fibras A β sólo son sensibles a estímulos mecánicos no nocivos, como el tacto, la vibración y la presión. La información nociceptiva procedente de las vísceras alcanza el sistema nervioso central a lo largo de las cadenas simpáticas y la cadena parasimpática pélvica. Sin embargo, la densidad de fibras aferentes viscerales es baja en comparación con la piel, lo que podría explicar la localización deficiente de los estímulos nocivos en las vísceras (responsable de la naturaleza difusa del dolor visceral).²⁴

– **Función del asta dorsal:**

Los nociceptores terminan de manera muy ordenada en el asta dorsal de la médula espinal, de modo que las fibras A δ escasamente mielínicas finalizan en las láminas I y V, mientras que las fibras C amielínicas lo hacen en la lámina II. Estas fibras sensitivas de umbral alto activan un número elevado de interneuronas de segundo orden y neuronas de proyección de la médula espinal. La actividad generada por las señales de los nociceptores se transmite, tras un procesamiento activo y complejo en el asta dorsal, directamente o a través de núcleos

intermedios del tronco del encéfalo, al tálamo y de ahí a la corteza, donde se genera la sensación de dolor. Tras su integración en el asta dorsal, la señal de dolor se conduce por vías ascendentes hacia el tálamo que, en interacción con los circuitos límbicos, desempeña una función crucial en la recepción y el procesamiento de la información nociceptiva en ruta hacia la corteza.²⁴

– **Áreas cerebrales implicadas en la nocicepción y el dolor:**

Los mensajes nociceptivos son cada vez más difíciles de seguir a medida que discurren a lo largo del sistema nervioso central (SNC). Muchas áreas cerebrales participan en los diversos componentes del dolor, entre ellos:

- Un componente sensorial-discriminativo que alude a la capacidad de analizar la localización, intensidad y duración del estímulo nociceptivo.
- Un componente afectivo que da lugar al carácter desagradable de la percepción dolorosa.
- Un componente cognitivo y de evaluación, que está implicado en los fenómenos de anticipación, atención, sugestión y experiencias pasadas.

Aunque pueden diferenciarse varios circuitos responsables de los componentes sensorial-discriminativo y afectivo-cognitivo del dolor, en la experiencia global del dolor intervienen redes neurales interactivas complejas de estructuras cerebrales y numerosas vías talamocorticolímbicas.²⁴

– **Mecanismos del dolor postoperatorio agudo^{25, 26}:**

La aparición de este tipo de dolor es inmediata en relación a la injuria y su tiempo de duración es relativamente corto, ya que puede durar solo minutos o también meses. La razón de estas diferencias se debe a la evolución normal de la circunstancia de cada paciente y al tratamiento que recibe centrado en su etiología.

- Después de una cirugía los pacientes experimentan dolor ocasionado por daño a diferentes tejidos.
- Los tejidos que se lesionan frecuentemente incluyen la piel, los músculos, los huesos, los tendones, los ligamentos y las vísceras.
- Los síntomas varían según el tipo de tejido lesionado y la extensión de la lesión.
- Las vías sensoriales para el dolor provocado por daño tisular transmiten información desde el tejido dañado al sistema nervioso central (nocicepción).
- El dolor nociceptivo va acompañado de mecanismos de dolor inflamatorio, visceral y neuropático.
- La sensibilización de las estructuras neurales periféricas y centrales amplifica y mantiene el dolor postoperatorio.

En el caso del dolor postoperatorio, que es un tipo especial de dolor agudo, se trata de un dolor iatrógeno cuyo control inadecuado conduce a reacciones fisopatológicas y psicológicas anormales causantes de complicaciones no infrecuentes.

A.3 Tratamientos para el dolor

– Tratamiento farmacológico

Los analgésicos se utilizan desde hace mucho tiempo para el alivio del dolor de breve duración: por ejemplo, para permitir la movilización rápida del paciente después de ciertas intervenciones quirúrgicas que requieren ejercicios postoperatorios. En pacientes con dolor agudo (y más aún en el caso del dolor crónico), la administración de analgésicos representa solo una faceta del programa de tratamiento integral del dolor. Una droga analgésica es un fármaco que actúa sobre el SN para reducir o abolir el dolor sin provocar la pérdida de la consciencia. La guía para el dolor asociado con el cáncer publicada por la Agency for Healthcare Research and Quality - AHCPH clasifica a los analgésicos en tres categorías⁹:

1. Aspirina, otros fármacos AINE y acetaminofeno (analgésicos no opioides)
2. Analgésicos opioides
3. Analgésicos coadyuvantes

El tratamiento con analgésicos no opiodes se basa en que su mecanismo de acción se centra en la inhibición de enzimas claves en la síntesis de los mediadores (prostaglandinas) del proceso inflamatorio, estos constituyen un amplio y heterogéneo grupo de fármacos²⁷. Entre esto se encuentran los siguientes:

- Salicilatos
- Paraaminofenoles
- Derivados del ácido indolacético

- Pirazolonas
- Fenamatos
- Derivados del ácido pirrolacético
- Derivados del ácido propiónico
- Benzotiazinas
- Fenotiazinas

Los fármacos opioides incluyen una gama de productos sintéticos como naturales, con acciones similares a la morfina⁹, presentan acciones farmacológicas en la práctica totalidad de órganos y funciones, especialmente en el SNC y el sistema gastrointestinal²⁴. Entre estos se encuentran los siguientes:

- Derivados naturales del opio
- Derivados semisintéticos
- Productos de síntesis

El tratamiento con fármacos coadyuvantes comprende diversos fármacos, siendo este un grupo muy heterogéneo los cuales se pueden o no tener acción analgésica propia²⁷. En este grupo se encuentran los antidepresivos tricíclicos, agentes anticonvulsivantes, ansiolíticos neurolépticos y sales de litio²⁸.

Un analgésico ideal debe ser eficaz, no adictivo y económico. Además no debe provocar efectos adversos mayores ni alterar el nivel de conciencia del paciente. Aunque el tratamiento prolongado con opioides puede crear tolerancia (es decir, la necesidad de administrar una mayor cantidad del mismo fármaco para obtener el mismo resultado) y dependencia física, esto no debe confundirse con adicción. La conducta

de procuración de una droga en el largo plazo es rara en personas que reciben opioides solo durante el periodo en el que padecen dolor. El manejo satisfactorio del dolor requiere considerar las necesidades y las circunstancias específicas de cada paciente⁹.

– **Tratamiento no farmacológico**

Las terapias no farmacológicas juegan también un papel importante en el tratamiento del dolor, en particular del dolor crónico, estas son las siguientes²⁹:

- **Fisioterapia**

El masaje, la crioterapia (tratamiento con frío) o la termoterapia (tratamiento con calor) son especialmente utilizados para el tratamiento del dolor musculoesquelético.

- **Acupuntura**

La acupuntura es un método de tratamiento que tiene su origen en la medicina china y que se ha utilizado con gran éxito en el tratamiento del dolor. Consiste en la introducción de agujas finas en las áreas a tratar y donde se acumulan células sensoriales (puntos de acupuntura). Presumiblemente se liberan sustancias inhibidoras del dolor, por ejemplo, endorfinas, las cuales inhiben la transmisión del impulso de dolor. Además, se puede aplicar una corriente eléctrica a las agujas.

- **Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)**

La TENS es un procedimiento de estimulación para activar los sistemas de inhibición del dolor endógeno a nivel raquídeo y suprarraquídeo. En este procedimiento se aplican electrodos a la piel en la región dolorida,

en zonas adyacentes directas o también sobre puntos reflexógenos o puntos de acupuntura y se aplica una frecuencia especial que generalmente depende de la naturaleza del dolor.

- **Tratamiento psicológico**

El hecho de que la administración de placebo reduzca significativamente el dolor hasta en un 20% demuestra que el componente psíquico tiene un gran efecto sobre la percepción del dolor. El tratamiento psicológico de los pacientes con dolor está indicado especialmente en el dolor crónico e incluye, por ejemplo, el entrenamiento en relajación, la hipnosis, el tratamiento conductual y la psicoterapia.

- **Procedimientos neuroquirúrgicos**

Los principios básicos de los procedimientos neuroquirúrgicos consisten en la interrupción de las vías de transmisión que transmiten los estímulos del dolor desde el tejido dañado. En la cordotomía se interrumpe el tracto espinotalámico en la médula espinal. Un método menos radical es la radicotomía, en el que la cirugía no se realiza directamente en la médula espinal, sino que se secciona la raíz nerviosa a su salida de la columna vertebral. También se pueden bloquear los nervios periféricos, o bien reversiblemente con anestésicos locales bloqueando la transmisión o irreversiblemente mediante neurolisis utilizando neurolíticos (alcohol, fenol, etc.), electrocoagulación o irradiación. Dado que estas técnicas causan un daño nervioso permanente, se consideran como los tratamientos de último recurso para el alivio del dolor intratable muy severo.

A.4 Escalas para la evaluación del dolor

Siempre se ha intentado valorar el dolor de la manera más apropiada y cercana a lo que siente realmente la persona que lo padece, por ello las escalas de valoración del dolor se consideran como métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte de aquel que lo padece, y de esta manera ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos y el cuidado integral que necesita la persona para mejorar su dolor de una forma correcta. Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al tercer escalón, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.³⁴ Entre estas escalas para la valoración del dolor se señalan las siguientes:

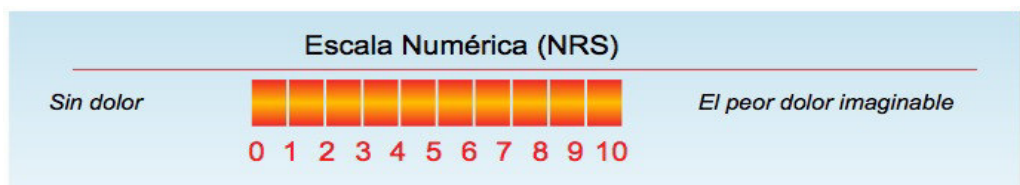
– Escala analógica visual- EVA:

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

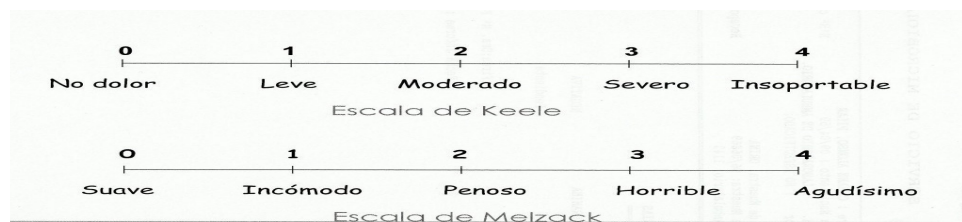
– **La escala numérica (EN):**

Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.



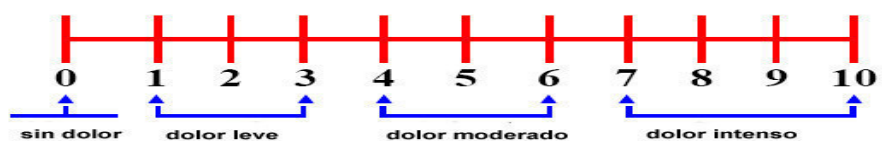
– **La Escala categórica (EC):**

Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico.



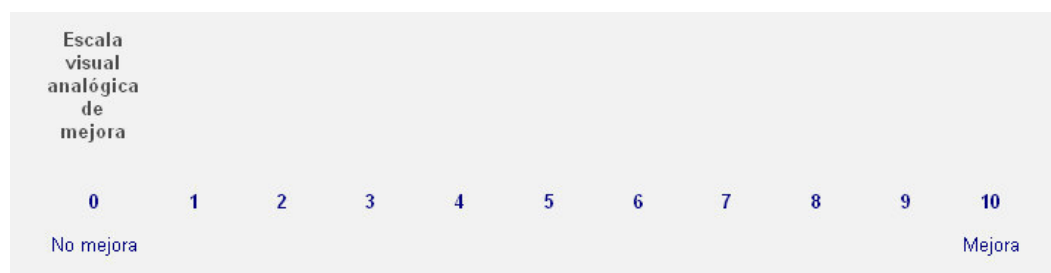
– **Escala visual analógica de intensidad:**

Consiste en una línea horizontal de 10cm, en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.



– **Escala visual analógica de mejora:**

Consiste en la misma línea, en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total.



B. INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO

La importancia de la intervención de enfermería radica en que la enfermera, quien desde los orígenes de su creación como carrera profesional, es la que permanece en constante interacción con el paciente promoviendo su autocuidado y brindándole un cuidado en la salud y enfermedad.³⁵ Su papel es relevante, pues asume la responsabilidad directa de prevenir el sufrimiento innecesario del paciente operado, fundando sus intervenciones en principios éticos y reconociendo que su evaluación como desempeño profesional corresponde principalmente al paciente.^{30, 31}

Los modelos de M. Gordon y B. Neuwman, nos dan al respecto una serie de conceptos a propósito de la valoración y la percepción de su propia salud del paciente, en estos se desarrollan una serie de patrones en los que se considera al dolor en el patrón cognitivo-perceptual según

el “Modelo de patrones” de Gordon y en el “Modelo de sistemas” de Neuwman se refieren a la enfermería como el facilitador que ayudan al individuo para mejorar su condición de salud.³⁶⁻³⁸ En este contexto, se desarrolla el Proceso de Atención de Enfermería, para otorgar a la persona un cuidado holístico planificado en base a sus problemas y necesidades priorizados, compuesto por cinco pasos que se vinculan entre sí, que son los siguientes:

B.1 Valoración

Esta es la primera etapa, la cual consiste en la recolección y organización de los datos referidos a la persona, familia y entorno, los cuales son fundamentales para las decisiones y actuaciones de enfermería.^{39, 40} Entre pacientes hospitalizados la falta de alivio del dolor tiene importantes repercusiones, no sólo por el sufrimiento innecesario sino también por complicaciones y retrasos en las altas, con el consiguiente incremento en los costes asistenciales. En la actualidad, y en un esfuerzo por superar esta barrera y hacer del dolor una prioridad, los principios de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) apoyan la valoración del dolor como quinta constante vital³.

Para valorar la intensidad del dolor se utilizará una herramienta sistemática y validada. La Escala Visual Analógica (EVA), en función de las características de las escalas y del paciente (estado cognitivo, emocional y de lenguaje).³

♦ Verificar con el paciente³:

- Localización del dolor.
- Intensidad del dolor.
- Calidad (opresivo, quemazón, punzada, como descargas eléctricas, fijo y continuo).
- Inicio y duración.
- Los efectos que ese dolor tiene sobre el confort y la calidad de la vida del paciente: insomnio, irritabilidad, disminución de la actividad física, alteración de sus relaciones con la familia, etc.

El dolor agudo postoperatorio debe evaluarse con cierta regularidad, en función de la operación y de la intensidad del dolor, con cada nuevo episodio de dolor o en caso de un dolor inesperado y tras la administración de cada analgésico, teniendo en cuenta el momento en el que alcanza su máximo efecto.³

B.2 Diagnóstico

Es un enunciado basado en el juicio que se produce como el resultado de la valoración de enfermería ante problemas de salud reales o potenciales.^{39, 40} Es sumamente relevante para que en base a esto pueda establecerse un adecuado planeamiento, ya que el tipo de dolor y la intensidad del mismo varían en todas las personas. La enfermera responsable del paciente, luego de haber realizado la valoración, según los parámetros mencionados, lo registrará en la Historia Clínica (Valoración inicial de Enfermería) y asignará la agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor en función de la valoración realizada.³

B.3 Planeamiento

En esta etapa del proceso se desarrollan las estrategias e intervenciones de enfermería, a fin de prevenir, minimizar o corregir los problemas que se han determinado, y también para promocionar la salud.^{39, 40} Se establece un plan de cuidados compatible con los objetivos, tanto del paciente como de su familia, en lo que concierne al alivio del dolor y teniendo en cuenta los siguientes factores: Los resultados de la valoración, las características basales del dolor, los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor, la etiología, las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas, la intervención para el manejo del dolor, los principales planes de cuidados actuales y futuros³.

El planeamiento que debe desarrollar la enfermera, debe basarse en la valoración realizada, y también los datos obtenidos del equipo interdisciplinar, se debe establecer un plan de cuidados compatible con los objetivos, tanto del paciente como de su familia, en lo que concierne al alivio del dolor y teniendo en cuenta los siguientes factores³:

- Los resultados de la valoración.
- Las características basales del dolor.
- Los factores físicos, psicológicos y socioculturales que conforman la experiencia del dolor.
- La etiología.
- Las estrategias farmacológicas y no farmacológicas más efectivas.
- La intervención para el manejo del dolor.
- Los principales planes de cuidados actuales y futuros.

B.4 Ejecución

Esta etapa concierne al desarrollo y realización de las intervenciones planificadas a fin de lograr los objetivos propuestos.^{39, 40} Un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costes, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort, algo que cada día demanda más el paciente y la sociedad en general³.

- Manejo farmacológico y no farmacológico del dolor en las intervenciones de enfermería:

Los avances de la ciencia y la tecnología que se desarrollan en estos tiempos, están ahora al alcance de todos, lo que nos sugiere la constante actualización y la necesidad de los enfermeros de perfeccionar los procesos de trabajo con vistas a garantizar mejores cuidados a los pacientes. El control eficaz del dolor postoperatorio, que a lo largo del tiempo ha sido una constante de estudio, y que es en esencia parte primordial y esencial de los cuidados perioperatorios, tanto del equipo médico como de enfermería, es un pilar relevante para contribuir a disminuir la morbilidad postoperatoria y la estancia hospitalaria. Para lograr esto se debe tener un adecuado control del dolor postoperatorio, siendo que la enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente. Sin embargo, muchos pacientes aún son tratados de forma inadecuada, lo que le provoca una sensación de sufrimiento que probablemente incrementa el riesgo de complicaciones postoperatorias.^{30, 31} La presencia de dolor es más a menudo debido a la aplicación incorrecta

de terapias disponibles que no utilizan drogas y técnicas efectivas. Por falta de conocimiento o tiempo, muchos enfermeros y miembros del personal asistencial tienden a considerar los analgésicos como medio principal de alivio del dolor.¹⁵ Sin embargo, existen técnicas y tratamiento, fuera de los fármacos, que se ayudan al alivio del dolor. En este sentido, se han desarrollado las intervenciones enfermeras que se presentan a continuación³²:

Manejo farmacológico:

- ◆ Identificar al paciente por su nombre y corroborar el medicamento a usar.
- ◆ Verificar la vía correspondiente para la administración del medicamento para el alivio del dolor. Si es intravenosa verificar fecha, enrojecimiento de la zona, dolor, hinchazón.
- ◆ Verificar la dosis y el medicamento a administrar al paciente, para el alivio del dolor.
- ◆ Administrar el analgésico prescrito por el médico para controlar un determinado tipo de dolor:
 - Lo más idóneo es anticiparse a la aparición del dolor, administrando analgésicos prescritos a horas fijas, “de reloj”, según la vida media del analgésico en cuestión. Nunca prescribir los calmantes a demanda.
 - Evaluar y registrar la respuesta al tratamiento
- ◆ Los analgésicos poseen efectos secundarios: las enfermeras deben reconocer esos problemas si aparecen y reforzar la información que el médico hubiera ofrecido al paciente, siempre de forma clara y comprensible.

♦ No usar placebos: “la única conclusión exacta respecto a la persona que reacciona positivamente ante un placebo es que desea muy intensamente el alivio del dolor y que confía en algo o alguien le ayude a obtenerlo” (Goodwin y cols, 1979; McCaffery, 1979) visto así resulta poco ético y abre puertas de la desconfianza.

Manejo no farmacológico:

♦ No juzgar el dolor que el paciente dice tener, puesto que es propio de la persona que lo padece, de modo que la subjetividad no debe menospreciarse, no solo por el daño tisular que hubo por ser un paciente post operado, sino por el hecho de ser una persona.

♦ Reducir estímulo doloroso siempre que se pueda:

- Evitar movimiento innecesario: Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor (Ej: peritonitis) en los que el paciente tiende a la inmovilidad.
- Hacer que el enfermo adopte las posiciones más adecuadas para evitar el dolor: Los cambios posturales son necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Algunas posturas como: Flexión de caderas en procesos inflamatorios (apendicitis), alivia el dolor por la relajación del psoas.
- Ayudar a colocarse cómodamente sin tensiones musculares

♦ Alterar la percepción del dolor

- Intentar reducir los factores que disminuyen el umbral doloroso (Ansiedad, insomnio, miedo, tristeza, cansancio, depresión, abandono social, introversión, etc.).

La finalidad es:

- Aliviar y cuando se pueda, eliminar el dolor.
 - Aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico de los pacientes.
 - Restablecer las funciones y actividades necesarias para que el individuo recupere su autonomía.
 - Motivar al paciente para que realice cambios o modificaciones de hábitos, actitudes y conductas inadaptativas.
 - Prevenir complicaciones a posteriori, como los bucles ansiedad-dolor-depresión o la cronificación del dolor.
- ♦ Utilizar el entorno en la terapia. Proporcionar una atmósfera adecuada, prestando atención a los detalles: luz, temperatura, olores, música, colores, fotografías, postres, plantas. Estas pequeñas cosas pueden hacer que el paciente enfoque su atención en sensaciones más agradables, obteniendo así un efecto positivo sobre la percepción dolorosa que experimenta.
 - ♦ Animarle a combatir el aburrimiento, utilizando los métodos de distracción que el paciente prefiera y que se puedan adaptar a sus posibilidades actúale: ver la televisión, leer, pintar, escuchar música, pasear, etc.
 - ♦ Adoptar medidas complementarias para tratar el dolor si se estima oportuno:
 - Estimulación cutánea: el calor o el frío.
 - Técnicas cognitivas-conductuales: relajación, refuerzo positivo, musicoterapia, imaginación dirigida, etc.
 - ♦ Establecer una comunicación adecuada con el paciente: demostrar un interés sincero por él y su dolor, escucharle activamente, adoptando una actitud empática, siendo consciente de que los pacientes

responden a la conducta verbal y no verbal. Mantener siempre una actitud tranquila, sosegada, serena ofreciéndole una relación afectuosa, preocupada y comprensiva.

- ♦ Con la familia: promover los potenciales de apoyo de la familia implicándoles el cuidado, reconociendo su labor y favoreciendo el acercamiento que, a veces, la hospitalización interrumpe.

- ♦ Dar información: una familia que conoce lo que está sucediendo y las medidas que se están adoptando es más eficaz en el apoyo al enfermo. Avisarles que identifiquen cualquier factor ajeno a la enfermedad que pueda contribuir al aumento del dolor y ante signos de depresión, ansiedad, irritabilidad, etc. Para favorecer una actuación adecuada.

- ♦ Con el resto del equipo: toda la información que se da al paciente debe estar en concordancia con la que den los demás compañeros, estableciendo objetivos y planes de cuidados consensuados entre todos los miembros del equipo.

Además el poder contar con un grupo interdisciplinario y el trabajar en equipo resolverán más eficazmente los problemas y dificultades que surjan.

B.5 Evaluación

Es la última etapa del Proceso de Atención de Enfermería, donde se comparan las respuestas de la persona, determinando si se han conseguido los objetivos establecidos.^{39, 40} La intensidad del dolor se reevaluará cada vez que aparezca un nuevo episodio de dolor, se realice un nuevo procedimiento que se prevea doloroso, cuando aumente la intensidad, y cuando el dolor no remita con las estrategias que previamente eran eficaces³. En la unidad de recuperación (UR), el dolor debe evaluarse, tratarse y reevaluarse inicialmente cada 15 minutos y,

después, cada 1-2 horas. Tras el alta desde la UR a la planta de cirugía, el dolor debe evaluarse cada 4-8 horas antes y después del tratamiento.²¹

- ♦ Monitorizar la respuesta del paciente a la analgesia y resto de medidas adoptadas.

- Las manifestaciones clínicas: Aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, elevación de la tensión arterial, aumento de la transpiración, irritabilidad, aprensión, ansiedad, el paciente se queja de dolor.³³

B.6 Registro

Esta actividad, si bien es cierto, no es parte del Proceso de Atención de Enfermería como tal, cumple una de las funciones principales de la enfermera. Pues, los aspectos más relevantes del paciente se encuentran aquí, debido a que es una enfermera la que tiene una mayor capacidad para dar a conocer momento a momento la evolución del paciente. La enfermera responsable del paciente, registrará los parámetros valorados en la Historia Clínica (Valoración inicial de Enfermería) y luego registrará la agrupación de cuidados brindados para el manejo del dolor en función de la valoración realizada al paciente^{3, 41}.

- ♦ Evaluar, documentar y registrar la evolución del paciente y la consecución de resultados.³

2.1.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.

Intervención enfermera: acciones que realiza el profesional de enfermería de los servicios de Cirugía aplicando el Proceso de Atención de Enfermería.

Manejo del dolor: alivio o disminución de la sensación desagradable asociada al acto quirúrgico, referido por los pacientes sometidos a cirugía abdominal

2.1.4. VARIABLE.

Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Son las acciones del profesional de enfermería encaminadas a la disminución y/o alivio del dolor, en pacientes sometidos a cirugía abdominal, manifestadas por el paciente en el periodo postoperatorio mediato. Cuyo valor final se determinará como presente o ausente, el cual será medido a través de la aplicación de un instrumento de escala tipo Likert modificado.

2.2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo reúne las características del enfoque cuantitativo, método descriptivo y corte transversal, ya que la variable se midió en un momento único y determinado, con cuyos resultados se realizó un análisis de la situación actual de la intervención enfermera en el manejo del dolor de pacientes post-operados de cirugía abdominal. El nivel es aplicativo, puesto que permitirá generar información relevante para la realización de nuevos protocolos que incluyan técnicas diferentes al aspecto farmacológico, con la finalidad del alivio del dolor en los pacientes post-operados.

2.2.2. POBLACIÓN

La población del presente trabajo estuvo conformada por todos los pacientes post-operados de cirugía abdominal del servicio de cirugía H-3 y cirugía H4, del Hospital Nacional Dos de Mayo, con un promedio de 100 hospitalizados por mes en el año 2016 entre ambos servicios.

2.2.3. MUESTRA. MUESTREO

La muestra se obtuvo mediante un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. Se obtuvo como muestra un número total de 40 pacientes post-operados de cirugía abdominal. Cuyos integrantes cumplieron con criterios de inclusión pre-establecidos.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tomó un nivel de confianza del 95% y con un margen de error de 10% obteniéndose una muestra de 45 pacientes. (Anexo E)

2.2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes sometidos a cirugía abdominal, hospitalizados en el periodo postoperatorio mediato, desde las 12 horas hasta 4 días de post- operados.
- Pacientes que se expresen por si solos, lúcidos y que se encuentren orientados en tiempo espacio y persona.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.

2.2.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que hablen otro tipo de lengua y no entiendan el castellano.
- Pacientes menores de 18 años de edad.

2.2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente trabajo, el recojo de datos se realizó mediante la aplicación de un instrumento de escala tipo Likert modificada. Los enunciados estuvieron identificados en escala de frecuencias: Nunca (1),

casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4), siempre (5). El cuestionario consta de una introducción, datos generales y datos específicos, cuyo contenido estuvo conformado por enunciados divididos en dos secciones correspondientes al manejo farmacológico y al manejo no farmacológico, con 14 enunciados cada uno, dando un total de 28 enunciados. En la sección del manejo farmacológico se dividió los enunciados para 3 indicadores: valoración del dolor (4), administración de medicamentos para el dolor (8) y evaluación del efecto del medicamento para el dolor (2). En la sección de manejo no farmacológico del dolor se dividieron los enunciados para 7 indicadores: Ayudar a adoptar posiciones antálgicas (1), Proporcionar una atmósfera adecuada (3), Utilizar métodos de distracción (2), Estimulación cutánea (1), técnicas cognitivo-conductuales (1), Interés sincero (4) y Escucha activa (2).

2.2.7. PLAN DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Se realizaron los trámites administrativos respectivos, con autorización de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNMSM, mediante un oficio dirigido al director general del Hospital Nacional Dos de Mayo con copia al jefe del Área de Investigación, al presidente del Comité de Ética del HNDM y a los médicos jefes de los servicios de Cirugía H-3 y Cirugía H-4.

Para la aplicación del instrumento se realizó las coordinaciones con los médicos Jefe y las enfermeras Jefe de los servicios de Cirugía H-3 y Cirugía H-4 del HNDM.

La recolección de datos tuvo lugar en las fechas correspondientes entre el 4 de enero y el 15 de febrero de 2017.

Para el procesamiento de datos se realizó la transcripción total de los datos recolectados, los cuales se codificaron, cuantificaron y procesaron manualmente en una matriz tripartita con el programa de Excel. Los cuales se presentan en tablas y gráficos estadísticos, que sirvieron para su análisis e interpretación.

Para el análisis y discusión de los datos se procedió a contrastar los resultados obtenidos, gracias a la tabulación de los datos en Excel, con los antecedentes que aportaron al estudio y con la base teórica revisada.

2.2.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez del instrumento se determinó según la Prueba Binomial de juicio de expertos, constituido por 8 personas: 2 enfermeros con experiencia en el manejo del dolor, 4 enfermeros del área de cirugía y 2 enfermeros del área de investigación. Cuyo resultado según tuvo un valor de $p = 0.013$, donde p es significativo.

Para la medición de la intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, se calculó intervalo de medidas, dividiéndolo en dos valores: presente y ausente.

Se consideró puntuaciones a la escala de frecuencias: nunca (1), casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4) y siempre (5), para lo cual

se calculó el puntaje máximo de 140 puntos y el mínimo de 28 puntos. Se dividió en dos rangos, considerándose intervención enfermera presente a los puntajes ≥ 112 e intervención enfermera ausente al valor < 112 .

VALORES PARA LA DETERMINACIÓN DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DOLOR DEL PACIENTE POST-OPERADO

Valor en la escala	valor
Presente	Mayor o igual que 112
Ausente	Menor que 112

Asimismo, para determinar la intervención enfermera en el manejo farmacológico y en el manejo no farmacológico se tomó los siguientes valores, respectivamente:

VALORES PARA LA DETERMINACIÓN DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR DEL PACIENTE POST-OPERADO

Valor en la escala	valor
Presente	Mayor o igual que 56
Ausente	Menor que 56

VALORES PARA LA DETERMINACIÓN DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR DEL PACIENTE POST-OPERADO

Valor en la escala	valor
Presente	Mayor o igual que 56
Ausente	Menor que 56

2.2.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones éticas presentes incluyeron los procesos administrativos pertinentes para la autorización del ingreso a los servicios por parte del director general del Hospital Nacional Dos de Mayo y con la Jefa del Departamento de Enfermería, además del consentimiento informado que se hizo entrega a los participantes de la presente investigación.(Ve anexo F)

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. RESULTADOS

3.1.1. DATOS GENERALES

A continuación se exponen los resultados de la investigación efectuada. Se inicia con los datos generales correspondientes a la muestra de estudio que estuvo conformada por 40 pacientes post-operados de cirugía abdominal, se prosigue con la presentación de los datos correspondientes a la hospitalización de la muestra elegida según criterios específicos para determinar la intervención enfermera en el manejo del dolor de los pacientes post-operados de cirugía abdominal.

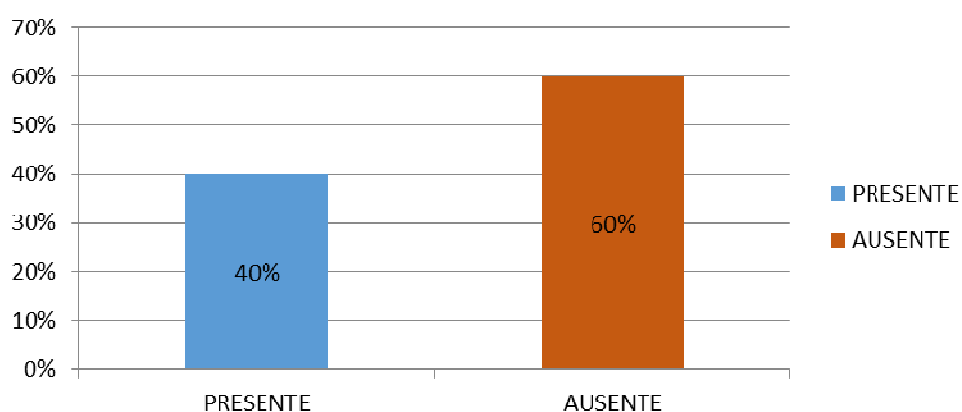
En cuanto a edad se halló que el 65% (26) de los pacientes post-operados se encuentran en el grupo etáreo entre 18-35 años, sin dejar de mencionar que el 25% (10), la cuarta parte de los pacientes, se encuentran entre 36 y 59 años de edad. Respecto al grado de instrucción, se puede apreciar que los pacientes post-operados que tienen secundaria completa es un 50% (20), mientras que el 15% (6) cursaron una carrera técnica y estudios universitarios en igual proporción. (Ver anexo H).

En cuanto al tipo de cirugía, la mayoría fue de tipo laparoscópica 57.50% (23), y el 42.50% (17) fue una cirugía abierta y/o mixta. Respecto a los días en post-operatorio, los pacientes que fueron encuestados dentro de las primeras 12 a 24 hrs fueron en total 35% (14), mientras que el 12.5%

(4) tenían 4 días en post-operatorio dependiendo de su estado de mejoría y de cirugía (ver anexo I).

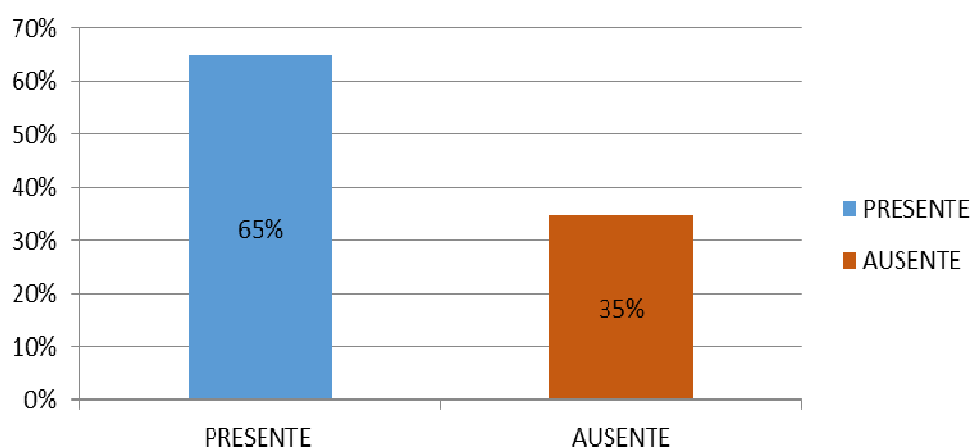
3.1.2. DATOS ESPECÍFICOS

GRÁFICO 1
INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DOLOR DEL
PACIENTE POST-OPERADO DE CIRUGÍA ABDOMINAL, SEGÚN
OPINIÓN DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL DE LIMA.
LIMA-PERÚ
2017



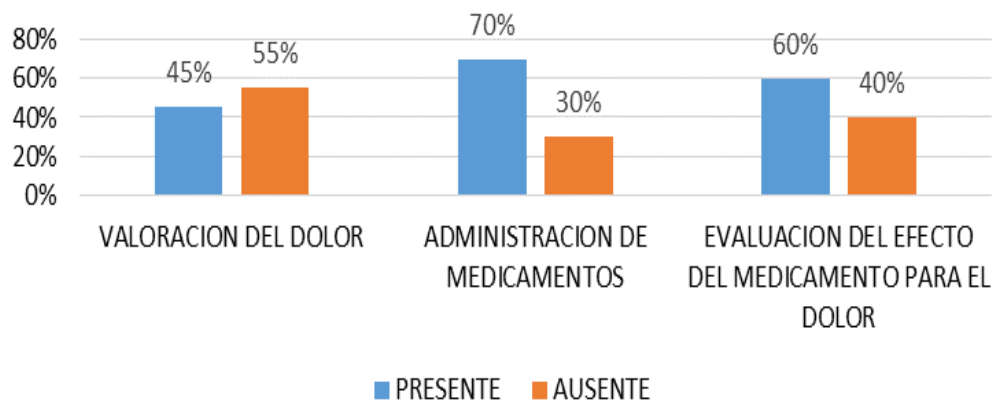
En relación a la intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente; se observa en los resultados que del 100% (40) de pacientes encuestados, el 60% (24) opina que la intervención enfermera en el manejo del dolor es ausente, mientras que el 40% (16) opina que la intervención enfermera en el manejo del dolor está presente.

GRÁFICO 2
INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO
FARMACOLÓGICO DEL DOLOR DEL PACIENTE POST-OPERADO
DE CIRUGÍA ABDOMINAL, SEGÚN OPINIÓN DEL PACIENTE EN
UN HOSPITAL DE LIMA.
LIMA-PERÚ
2017



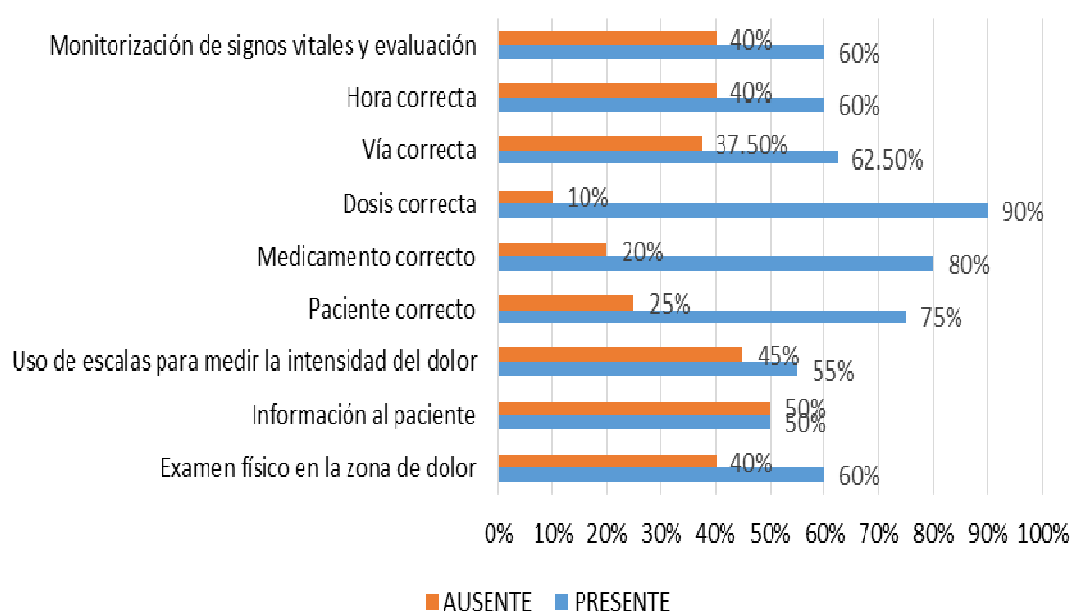
En este gráfico, respecto a la Intervención enfermera en el manejo farmacológico del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, se observa que el 65% (26) de pacientes encuestados opina que la intervención de la enfermera en esta dimensión está presente, mientras que el 35% (14) opina que la intervención es ausente.

GRÁFICO 3
FORMAS DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO
FARMACOLÓGICO DEL DOLOR DEL PACIENTE POST-OPERADO DE
CIRUGÍA ABDOMINAL, SEGÚN OPINIÓN DEL PACIENTE EN UN
HOSPITAL DE LIMA.
LIMA-PERÚ
2017



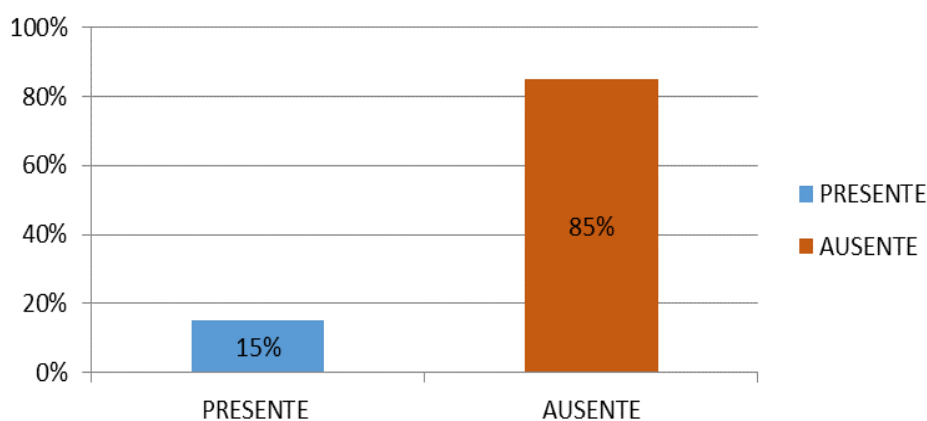
En relación a las formas de la intervención enfermera en el manejo farmacológico del dolor, se muestra que del 100% (40) de pacientes encuestados el 70% (28) opinó que se realiza la intervención enfermera en la “administración de medicamentos”, el 60% (24) opina que la intervención enfermera en la “evaluación del efecto del medicamento para el dolor” está presente, mientras el 55% (22) opina que la intervención de la enfermera en la “valoración del dolor” es ausente.

GRÁFICO 4
ACCIONES DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO
DEL DOLOR DEL PACIENTE POST-OPERADO DE CIRUGÍA ABDOMINAL, SEGÚN
OPINIÓN DEL PACIENTE, EN UN HOSPITAL DE LIMA.
LIMA - PERÚ
2017



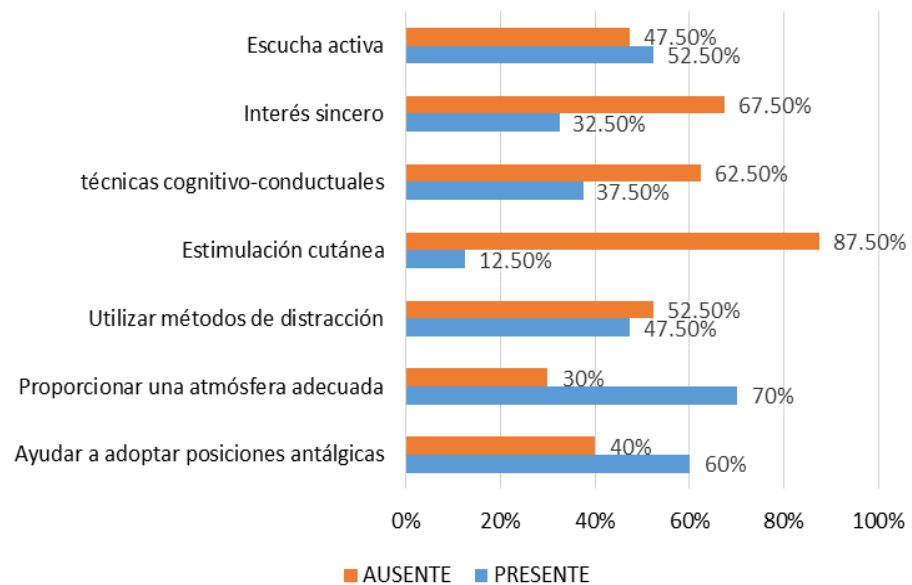
En referencia a las acciones de la intervención enfermera en el manejo farmacológico, los pacientes opinaron en cuanto a la valoración que realizan “Examen físico en la zona de dolor” el 60% (24), “Información al paciente” el 50% (20), “Uso de escalas para medir intensidad del dolor” el 55% (22), en cuanto a la administración de medicamentos “Paciente correcto” el 75% (30), “Medicamento correcto” el 80% (32), “Dosis correcta” el 90% (36), “Vía correcta” el 62.50% (25), “Hora correcta” el 60% (24) opinaron que realizan estas acciones, en cuanto a la evaluación de efectos del medicamento “Monitorización de signos vitales y evaluación” el 60% (24) opinó que se realiza.

GRÁFICO 5
INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO NO
FARMACOLÓGICO DEL DOLOR DEL PACIENTE POST-
OPERADO DE CIRUGÍA ABDOMINAL, SEGÚN OPINIÓN DEL
PACIENTE EN UN HOSPITAL DE LIMA.
LIMA-PERÚ
2017



En referencia al presente gráfico, acerca de la intervención enfermera en el manejo no farmacológico del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, se observa que el 85% (34) del total de los pacientes encuestados opinó que la intervención enfermera en esta dimensión es ausente, mientras que el 15% (6) opinó que la intervención enfermera está presente.

GRÁFICO 6
ACCIONES DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO NO
FARMACOLÓGICO DEL DOLOR DEL PACIENTE POST-OPERADO DE
CIRUGÍA ABDOMINAL, SEGÚN OPINIÓN DEL PACIENTE EN UN
HOSPITAL DE LIMA.
LIMA-PERÚ
2017



En referencia a las formas de la intervención enfermera en el manejo no farmacológico del dolor, los pacientes opinan que el profesional de enfermería: “proporcionan una atmosfera adecuada” el 70% (28), “ayudan a adoptar posiciones antálgicas” en un 60% (24), “tienen escucha activa” el 52.5% (21). Asimismo el 87.5% (35) de pacientes refieren que no aplican la “estimulación cutánea”, el 67.5% (27) no muestran “interés sincero”, el 62.5% (25) no hacen “uso de técnicas cognitivo-conductuales” y el 52.5% (21) no “utilizan métodos de distracción”.

3.2. DISCUSIÓN

Las intervenciones enfermeras se han hecho notar desde tiempos inmemoriales, y su importancia radica precisamente en ello, pues, es la enfermera quien permanece en constante interacción con el paciente promoviendo su autocuidado y brindándole cuidados, asimismo asume la responsabilidad directa de prevenir el sufrimiento innecesario del paciente operado³⁵. En los últimos tiempos el desarrollo de la tecnología ha sido notable, esto nos facilita estar en continua actualización y capacitación, a fin de perfeccionar los procesos del control del dolor post-operatorio, que es en esencia parte primordial de los cuidados perioperatorios, tanto de enfermería como del equipo médico^{30, 31}. Es así que se presentan los hallazgos del presente estudio de investigación acerca de la intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado, donde se evidencia que más de la mitad de los pacientes (60%) opinó que no se realizan muchas de las intervenciones de la enfermera en el manejo de su dolor, tanto en el aspecto farmacológico como en el no farmacológico. De forma general se aprecia que este porcentaje de pacientes no recibe algunas de las intervenciones necesarias de la enfermera para el manejo del dolor que presentan, y como menciona María Hernández citando a Smith Sholtis, la presencia del dolor se manifiesta con mayor frecuencia cuando no hay un adecuado control de este, por la aplicación incorrecta o la falta de conocimientos de terapias que no utilizan fármacos y de los analgésicos disponibles para el control eficaz del dolor¹⁵. Al contrastar los resultados se evidencia la necesidad de actualización y/o mejora en las intervenciones de la enfermera para un adecuado control del dolor post-operatorio, que incluyan más que un tratamiento analgésico, así no solo se lograría la satisfacción del paciente sino también una mejora más rápida, y

evitaría que le provoque una sensación de sufrimiento que probablemente incremente el riesgo de complicaciones post-operatorias. Asimismo, se demuestra la necesidad de actualización o falta de protocolos estandarizados para el manejo del dolor, propios de enfermería, lo cual mejoraría no solo la atención que brinde sino también la mejora rápida y satisfactoria del paciente, pues cuando no se realiza un adecuado control del dolor se desencadenan una serie de procesos que afectan al paciente y a los que lo rodean lo que podría provocar complicaciones post-operatorias. En el manejo farmacológico del dolor, la respuesta de la mayoría de los pacientes (65%) acerca de las intervenciones enfermeras fue que están presentes mientras que un pequeño porcentaje (35%) opinó que son ausentes, con una notable diferencia del 30%. Se hace notar que existe el uso de los analgésicos, los cuales se usan desde hace mucho tiempo para el alivio del dolor de breve duración, pues esto ayuda a la mejoría del paciente, le permite poder realizar actividades como la movilización precoz, ejercicios post-operatorios, etc. Un tratamiento eficaz del dolor, además de disminuir los costes de hospitalización, mejora la calidad asistencial, disminuye las complicaciones secundarias y proporciona mayor confort⁹. De manera específica en esta dimensión se muestra que el 55% opinó que no se realiza la intervención enfermera en la “valoración del dolor” y con respecto a esto, la Comisión conjunta para la acreditación de Organizaciones Sanitarias, apoyan la valoración del dolor como quinta constante vital, pues así se reduce no solo el sufrimiento innecesario del paciente, sino también costes de hospitalización. Así, Irma Achuri y Milena Pérez, concluyeron lo siguiente: *La correcta selección de la intervención de enfermería depende primordialmente de una eficaz valoración del grado del dolor del paciente*¹⁴. A pesar de que notamos que no existe una cantidad

significativa de diferencia entre los pacientes que opinaron que se realiza con los que opinaron que no se realiza la valoración, es de resaltar que son más de la mitad, siendo la valorar un aspecto primordial a realizar, ya que a partir de esta fase del Proceso de Atención de Enfermería es desde donde comenzamos a planificar el cuidado que debe brindarse al paciente. Para el indicador “administración de medicamentos para el dolor” la gran mayoría de pacientes (70%) opinaron que las intervenciones enfermeras están presentes, nótese que prima este aspecto a pesar de que la administración de fármacos solo es una etapa para el adecuado control del dolor, en contraste con la investigación realizada por María Hernández, cuyos resultados fueron similares, concluyendo lo siguiente: *Las técnicas para el control del dolor postoperatorio más empleado es la aplicación de analgésicos y las dosis empleadas son insuficientes para el control del dolor, por lo que es conveniente la revisión de los analgésicos y dosis terapéuticas por médicos y enfermeras*¹⁵. En este aspecto vemos una alta intervención de enfermería, lo cual es un punto a resaltar, pues favorece un parte importante en la mejora del paciente. En el indicador “evaluación del efecto del medicamento” el 60% de los pacientes opinaron que la intervención enfermera está presente, lo que llama la atención pues es un aspecto fundamental en el seguimiento adecuado del paciente, William Ganong menciona que el dolor debe evaluarse cada 4-8 horas antes y después del tratamiento del dolor cuando el paciente está en hospitalización²¹. Así también lo consideran las enfermeras de la Asociación profesional de Enfermeras de Ontario, quienes señalan que “el dolor agudo post-operatorio debe evaluarse con cierta regularidad, en función de la operación y de la intensidad del dolor, con cada nuevo episodio de dolor o en caso de un dolor inesperado y tras la administración de cada analgésico, teniendo en cuenta el momento en que alcanza su

máximo efecto. Observamos así que de estas 3 formas de la intervención en el manejo farmacológico, prima la administración de medicamentos. Lo cual nos lleva a pensar que la intervención enfermera podría estar limitándose por dos motivos: el primero, podría deberse a la falta de interés por el tratamiento del dolor del paciente post-operado, asumiendo que es un efecto inevitable; segundo, por el tiempo que tiene la enfermera para dedicar al paciente, pues muchas veces existe una alta demanda de pacientes post-operados y solo una o muy pocas enfermeras para cuidarlos, lo cual dificulta o limita su tiempo de atención. Cabe resaltar que si bien la administración de analgésicos es parte relevante en el tratamiento, este no cumple con todo el protocolo necesario para un tratamiento integral del manejo del dolor⁹. Asimismo, se mostraron las acciones de la intervención enfermera en el manejo farmacológico, donde más de la mitad de los pacientes (60%) opinaron que la enfermera realiza esta acción y sobre esto Victoria Ruiz y la Asociación profesional de Enfermeras de Ontario mencionan que “se debe verificar con el mismo paciente: localización, intensidad, calidad, inicio y duración”³; esta acción es la principal a resaltar ya que con esto se puede identificar el tipo de tratamiento que requerirá el paciente y planificar el cuidado de enfermería; acerca de la información al paciente donde la mitad de pacientes señalaron que se realiza la acción, María Guadalupe Moreno Monsiváis; María del Refugio Muñoz Rodríguez; Guadalupe Interrial Guzmán, en su investigación señalaron que *“Se encontró diferencia significativa en la satisfacción del paciente según si recibió o no orientación, con mayor satisfacción en los que recibieron orientación”*, lo que corrobora este ítem¹¹; poco más de la mitad (55%) señalaron que la enfermera hace uso de escalas, siendo las escalas consideradas como método clásico de la cuantificación de la percepción subjetiva de la intensidad del dolor, por ello

la OMS recomienda su uso³⁴; en referencia a los 5 correctos indicaron que están presentes en la intervención y la OMS señala que son necesarios para la correcta administración de medicamentos, también señalan que es parte de todo un proceso correspondiente al manejo farmacológico⁹, sin embargo estas acciones fueron las más resaltadas; por último, respecto a la monitorización de los signos vitales, la IASP hace referencia a estos como manifestaciones clínicas de respuesta del paciente a la analgesia y otras medidas utilizadas para el manejo del dolor³³. Por ello, es importante que la enfermera evalúe periódicamente la respuesta del paciente y de esta manera controlar las dosis de medicamento necesarias para aliviar el dolor del paciente. Por otro lado, en los hallazgos respecto a la intervención enfermera en el manejo no farmacológico del dolor, la respuesta que dio la gran mayoría de los pacientes (85%) fue que las intervenciones enfermeras son ausentes, con una notable diferencia del 70% con respecto a los pacientes que opinaron que las intervenciones están presentes (15%), así también lo consideraron Anabel Guadalupe Córdova Jaquez y col., como parte de sus conclusiones: *...se adjudica la necesidad de elaborar un modelo innovador en el cual las enfermeras en el servicio de pediatría apliquen intervenciones independientes propias de enfermería, con el objetivo de mejorar la calidad en la atención en el manejo del dolor en pacientes postquirúrgicos de apendicectomía*¹². Especificando las acciones de enfermera se muestra que en solo 3 estrategias alternativas los pacientes opinaron que las intervenciones enfermeras están presentes, de las cuales solo el indicador “Proporcionar una atmósfera adecuada” tiene una diferencia relevante de 40% con respecto a los pacientes que opinaron que dicha intervención es ausente (30%), las otras dos estrategias fueron “ayudar a adoptar posiciones antálgicas” con un 20% de diferencia respecto a los que opinaron que las

intervenciones son ausentes (40%) y “Escucha activa” con tan solo un 5% de diferencia de los pacientes que opinaron que las intervenciones son ausentes (47.50%); en los 4 indicadores restantes se muestra que la intervención menos usada es “Estimulación cutánea” donde el 87.50% opinó que la intervención enfermera es ausente, con una diferencia de 75% respecto a los que opinaron que es presente; en los indicadores “Interés sincero” y “Uso de técnicas cognitivo-conductuales” tuvieron una diferencia de 35% y 25% respectivamente hacia los pacientes que opinaron la intervención es presente; en el indicador “Utilizar métodos de distracción” hubo una diferencia mínima de 5% respecto a los que opinaron que la intervención enfermera es presente. Lo que indica que las estrategias alternativas no son efectuadas en su mayoría, esto a su vez demostraría que no se aplican sea por desdén hacia el dolor del paciente post-operado o por desconocimiento por parte de las enfermeras respecto a la aplicación de estrategias alternativas para el manejo del dolor, lo que conllevaría otro estudio de investigación. Contrastamos nuestros resultados con el estudio de María del Rocío Hernández Adame, quién en su investigación obtuvo resultados similares al nuestro: *el 45% le explica al paciente sobre el dolor y cómo controlarlo, el 80% administra analgésicos cuando el paciente tiene dolor, el 48% realiza valoración del dolor posterior a la medicación, pero solo el 15% aceptó contar con un instrumento de valoración del dolor, el 19% realizar estrategias no farmacológica para el control del dolor.* Y teniendo como una de sus conclusiones: *Las técnicas no farmacológicas son desconocidas por la mayoría del personal de enfermería, por lo que es conveniente retomar estas técnicas*¹⁵. Algunas teorías de enfermería, como los modelos de M. Gordon y B. Neuwman, señalan una serie de patrones en los que se considera al dolor en el patrón cognitivo-perceptual y las intervenciones de

enfermería para mejorar la condición de salud del paciente^{37, 38}. Por ello, la intervención de la enfermera para el control del dolor es de gran importancia, puesto que la mejora del paciente post-operado implica principalmente el alivio del dolor, y con su alivio se desencadena una serie de procesos en beneficio del paciente y con esto también una disminución en costos de hospitalización.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Las intervenciones enfermeras en el manejo del dolor del paciente postoperado de cirugía abdominal, se basan principalmente en la aplicación del tratamiento de tipo farmacológico. Las estrategias alternativas para el manejo del dolor del paciente post-operado no son aplicadas o realizadas en su mayoría.

Las características de la intervención enfermera en el manejo farmacológico del dolor mostraron que enfatizan en su mayoría en la administración de medicamentos, en menor porcentaje está presente la evaluación de resultados de los medicamentos para el dolor y menos de la mitad realiza la valoración del paciente. Específicamente, las acciones más realizadas son las correspondientes al uso de los 5 correctos (paciente, medicamento, vía, dosis, hora); se efectúa la monitorización de signos vitales post-analgesia; sin hacer énfasis en el examen físico, información al paciente, uso de escalas para la valoración del paciente.

Las características de la intervención enfermera en el manejo no farmacológico del dolor indicaron que las estrategias menos usadas fueron “Estimulación cutánea”, “Estrategias cognitivo-conductuales”, “Interés sincero” y “Uso de métodos de distracción”, respectivamente en ese orden. Por otro lado, las más usadas fueron “Proporcionar

una atmósfera adecuada”, “Ayudar a adoptar posiciones antálgicas” y “Escucha activa”, respectivamente en ese orden.

4.2. RECOMENDACIONES

Crear un protocolo para el manejo del dolor propio de enfermería, especificado para cada tipo de dolor, que sea un modelo estandarizado y evaluado por entes reguladores.

Capacitar y actualizar a las enfermeras sobre temas acerca del uso de estrategias alternativas o manejo no farmacológico del dolor, propias de enfermería, y del uso correcto de medicamentos para el dolor.

Evaluación constante de las intervenciones de las enfermeras para el adecuado manejo del dolor del paciente post-operado.

Fomentar la elaboración de planes de atención de enfermería de calidad, que sean modelos de referencia a nivel nacional.

Investigar más a fondo temas referentes a los conocimientos de las enfermeras respecto a las estrategias alternativas para el manejo del dolor y también sobre su percepción sobre el dolor ajeno.

Investigar acerca de tiempos y movimientos en la atención de enfermería al paciente post-operado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. López, Francisco. Definición y clasificación del dolor. En Revistas Científicas Complutenses. Servicio de Publicaciones. Madrid, 1996. 4. 49-55.
2. Martínez V. Alfonso y Rodríguez B. Nancy T. Dolor postoperatorio: enfoque procedimiento – específico. En Revista de Ciencias Biomédicas. Cartegna-Colombia, 2012. Disponible en: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistacienciasbiomedicas.com%2Findex.php%2Frevciencbiomed%2Farticle%2Fdownload%2F225%2F183&ei=dpmqU6rZFInl8gHcyYGACw&usg=AFQjCNH_pKYx52e-wvYTFXeMaB1QlARrKw&sig2=A5tIOqoxEqTWfLTPfA6slg&bvm=bv.69620078,d.b2U
3. Asociación Profesional de las Enfermeras de Ontario (RNAO). Protocolo elaborado por el equipo impulsor implicado en la implantación de la guía de buena práctica clínica RNAO: Valoración y Manejo del dolor. Madrid, España. 2013.
4. Aguilar, Marina. Valoración del dolor postoperatorio en pacientes oncológicos sometidos a cirugías de cabeza-cuello y ginecología que recibieron tratamiento analgésico con ketorolaco o petidina en la Unidad de Cuidados postanestésicos del I.N.E.M. Tesis para optar el título profesional de Especialista en Enfermería Oncológica. UNMSM, Lima-Perú, 2004.
5. Morales, Beatriz. Rutinización del quehacer de enfermería. Universidad de Costa Rica (On-Line). (Perú). (Consulta: 30 marzo 2016). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v24n1/art5.htm>

6. Fernández, Carlos y Gómez, María. Dolor Agudo y Postoperatorio. Bogotá, Colombia. Grafiweb Impresores Publicistas. Asociación Colombiana para el estudio del dolor-ACED. 2011. Págs: 15-17, 19.
7. Castillo, MD; Moreno, J; Martínez, M; Artilles, M.; Company, M.; García, M.; Sánchez, I.; Hernández, R. Efectividad de las intervenciones enfermeras en pacientes adultos con dolor crónico: una revisión sistemática. En Joanna Briggs Institute. Original en inglés: Effectiveness of nursing intervention for adult patients experiencing chronic pain: a systematic review. 2010. 8(28):1112-1168.
8. Costa P. Erika, Avalos V. Nancy y Delgado Z. Rocío. Calidad de los cuidados inmediatos y manejo del dolor en pacientes quirúrgicos en los centros hospitalarios de Chimbote. Tesis para optar por el título profesional de enfermería. Chimbote, Perú. 2009.
9. Porth, Carol. Fisiopatología. Salud-enfermedad: un enfoque conceptual. Buenos Aires; Madrid. Traducción: Editorial Médica Panamericana. 7ma edición. 2009.
10. Soler, Enrique y Montaner, Carmen. Consideraciones bioéticas en el tratamiento del dolor. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Redalyc). 2004. Vol. 8, núm. 21, enero-abril, pp. 49-64.
11. Moreno, María; Muñoz, María; Interrial, Guadalupe. Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. Artículo publicado por la Revista Aquichán. 2014. Universidad Autónoma de Nuevo León. Pp. 460-472.
12. Córdova, Anabel; Ortiz, Miriam; Salazar, Hilda; García, David. Manejo del dolor por el personal de enfermería en paciente pediátrico postquirúrgico de apendicectomía. Revista CUIDARTE. 2012. vol. 3, núm. 1, pp. 287-292.

13. Zavala, Ma. del Refugio; González, J. Fernanda. Conocimiento y manejo del dolor en alumnos de enfermería. Artículo publicado por la Revista Aquichán. Octubre, 2008. Vol. 8, núm. 2, pp. 212-226.
14. Achuri L. Irma Rocío y Perez U. Milena Astrid. Intervención del profesional de enfermería frente al manejo del dolor en pacientes de la unidad de cuidado intensivo pediátrico de la clínica del niño Jorge Bejarano. Tesis para optar por el título profesional de Especialista en Cuidado Crítico Pediátrico de Enfermería. Universidad de La Sabana, 2006. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2407/121864.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Hernández, María. Manejo del dolor postoperatorio en enfermería. Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Veracruz. Proyecto de Investigación sin fines de lucro financiado por el Hospital General ISSSTE de Veracruz. Veracruz, México. 2004.
16. Pezo, Dolibeth y Ríos, Ana. Satisfacción del paciente postoperado con la atención de Enfermería en el servicio de cirugía del Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto, Perú. Junio-Agosto, 2012. Disponible en: http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/bitstream/11458/295/1/Dolibeth%20Pezo%20Arteaga_Ana%20Cecilia%20Rios%20Carrasco.pdf
17. Uruce, Isabel. Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica. Tesis para optar el grado académico de Doctor en Ciencias de Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2007. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1345/1/Urure_vii.pdf

18. Quispe, Ángela. Opinión que tienen los pacientes del servicio de medicina general sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2005.
19. López S, López A, Zaballos M, Argente P, Bustos F, Carrero C, Cía P, de Andrés J, Echevarría M, Gomar C, González J, Isar MC, Jiménez A, Moliner S, Salgado I, Torres, L. Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. Grupo de trabajo sobre fisiopatología y tratamiento del dolor en cirugía ambulatoria. España. Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria-ASECMA. 2012. 2da edición, pp 27-34.
20. Hall, Jhon; Guyton. Tratado de Fisiología Médica. Barcelona, España. Editorial Elsevier Saunders. Decimosegunda edición. 2011.
21. Ganong, William. Fisiología Médica. México D.F. Editorial El Manual Moderno. Decimonovena edición en español, traducida de la vigesimoprimer edición en inglés. 2004.
22. Costanzo, Linda. Fisiología. Barcelona, España. Editorial Elsevier Saunders. Cuarta edición. 2011.
23. Catalá, Elena. Manual de tratamiento del dolor. Barcelona, España. Publicaciones Permanyer. 2da edición. 2008.
24. P. Bader; D. Echte; V. Fonteyne; K. Livadas; G. De Meerleer; A. Paez Borda; E.G. Papaioannou; J.H. Vranken. Guía clínica sobre el tratamiento del dolor. European Association of Urology, 2009. Disponible en: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/16-GUIA-CLINICA-TRATAMIENTO-DOLOR1.pdf>

25. Schug S.; Pogatzki-Zahn E. Chronic pain after surgery or injury. International association for the study of pain, pain clinical updates. Vol. XIX. USA, 2011. Disponible en: http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU_19-1_for_web_1390260524448_6.pdf
26. Finkel, Diana y Schlegel, Horst. El dolor postoperatorio: Conceptos básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado. Revista del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina. 2013. Edición electrónica. Volumen III.
27. García, P. Fisiopatología del dolor. Revista de la Real Academia de Ciencias exactas, físicas y naturales. Madrid, 1991.
28. Sociedad Española de Oncología Médica. PÉREZ, Quionia. Tratamiento coadyuvante analgésico. España, 2012. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/masmir/pdf/growingUp3/01_Dra_Quionia_Perez.pdf
29. Change Pain. Tratamiento no farmacológico. (On-Line). (España). (Consulta: 30 marzo 2016). Disponible en: http://www.changepain.org/grt-change-pain-portal/GRT-CHANGE-PAIN-PORTAL_es_Home/Acerca_de_DOLOR/Tratamientos/Tratamiento_no_farmacologico/121800427.jsp
30. Freitas, Juliana; BAUER, Ana; Minamisaba, Ruth; Queiroz, Ana y GOMEZ, Maiana. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Revista Latino-Am. Enfermagem. Brasil, 2014.
31. García, J; Martín, P; Sánchez, M; Aguayo, M; Astillero, J; Cañizares, G. Prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes en una unidad de urología. Asociación

- Española de Enfermería en Urología. En Revista Dialnet. España, 2011.
32. Verona, Elizabeth y Reyes, José Luis. Cuidados de enfermería en el paciente con dolor. Escuela Superior Sanidad, La Plata. Publicado por MedPal. Buenos Aires, Argentina. 2011.
33. Cuidados postoperatorios. (On-Line) (Consulta: 30 marzo 2016). Disponible en: http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_4.htm
34. Escalas de valoración del dolor. (On-Line) 2010. (Consulta: 4 abril 2016). Disponible en: <http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>
35. Montealegre, Doris. Manejo del dolor: Un reto permanente para enfermería. En Revista Dialnet. 2000. págs. 197-203. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/05.pdf>
36. Cisneros, Fanny. Introducción a los modelos y teorías de enfermería (On-Line). Universidad del Cauca - Colombia, 2002. (Consulta: 10 abril 2016). Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
37. Gordon, Marjory. Patrones funcionales. (On-Line). USA, 1982. (Consulta: 10 abril 2016). Disponible en: http://www.docvadis.es/aulasalud/document/aulasalud/patrones_funcionales/fr/metadata/files/0/file/patrones_funcionales_mgordon.pdf
38. Acevedo, Maritza. Programa de Enfermería y teorías de enfermería. (On-Line) (Consulta: 10 abril 2016). Disponible en:

<http://docplayer.es/12616433-Programa-de-enfermeria-en-enfermeria-preparado-por-maritza-acevedo-msn.html>

39. Carchi, María. Valoración y cuidados de enfermería en el dolor abdominal agudo inespecífico en pacientes adultos del servicio de Urgencias del Hospital Carlos Andrade Marín, de mayo-agosto del 2012. Tesis para optar por el grado académico de magíster en Enfermería Quirúrgica. Ambato, Ecuador. 2014.
40. Armendáriz, Angélica; Medel, Bertha. Teorías de Enfermería y su relación con el proceso de atención de enfermería. (On-Line). Universidad Autónoma de Chihuahua. 2007. (Consulta: 10 abril 2016) Disponible en: http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/05/12/enfermeria.pdf
41. Méndez, Gabriela; Morales, Marlene; Preciado, María; Ramírez, María; Sosa, Verónica; Jiménez, María y Villegas. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico. Revista mexicana de Enfermería Cardiológica. Sociedad mexicana de Cardiología. Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México, 2001. Vol. 9, núm. 1-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4c.pdf>

ANEXOS

ÍNDICE DE ANXOS

ANEXO	PÁG.
A. Operacionalización de la variable	III
B. Tabla de concordancia de Juicio de Expertos	IV
C. Escala de calificación de los jueces expertos	V
D. Instrumento de recolección de datos	VI
E. Consentimiento informado	VIII
F. Cálculo del tamaño de la muestra	XI
G. Tabla de codificación del instrumento	XIII
H. Matriz tripartita de Codificación de datos	XV
I. Tabla de edad, sexo y grado de instrucción de los pacientes post-operados de cirugía abdominal	XIX
J. Tabla de datos de hospitalización de los pacientes post-operados de cirugía abdominal	XX
K. Tabla de Formas de la Intervención enfermera en el manejo farmacológico del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima. Lima – Perú. 2017.	XXI
L. Tabla de Acciones de la Intervención enfermera en el manejo no farmacológico del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima. Lima – Perú. 2017.	XXII

ANEXO A

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL
Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente postoperado de cirugía abdominal	Son las acciones del profesional de enfermería, basadas en el conocimiento y juicio clínico, encaminadas a conseguir el objetivo previsto para la disminución y/o alivio del dolor, que aparece como consecuencia del daño tisular en pacientes sometidos a un acto quirúrgico en el área abdominal. Las cuales incluyen dos diferentes tipos de manejo: el farmacológico o administración de medicamentos, y el no farmacológico o medicina alternativa y complementaria.	Manejo farmacológico del dolor	<p>Valoración del dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen físico en la zona de dolor - Información al paciente - Uso de escalas para medir la intensidad del dolor <p>Administración de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente correcto - Medicamento correcto - Dosis correcta - Vía correcta - Hora correcta <p>Evaluación del efecto del medicamento para el dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorización de signos vitales 	PRESENTE
		Manejo no farmacológico del dolor	<p>Aplicación de estrategias alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adopción de posiciones antálgicas - Proporcionar una atmósfera adecuada: luz tenue, temperatura adecuada, evitar ruidos. - Utilizar métodos de distracción: ver la televisión, leer, escuchar música, caminar. - Estimulación cutánea: el calor, el frío. - Técnicas cognitivas-conductuales: relajación, musicoterapia. - Demostrar un interés sincero por el paciente y su dolor - Escucharle activamente con actitud tranquila 	AUSENTE

ANEXO B
TABLA DE CONCORDANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS

	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Valor P
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
Ítem 2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
Ítem 3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
Ítem 4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
Ítem 5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
Ítem 6	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
Ítem 7	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
Total									0.09

Se ha considerado:

0: si la respuesta es negativa

1: si la respuesta es positiva

P= 0.013

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo

ANEXO C
ESCALA DE CALIFICACIÓN DE LOS JUECES EXPERTOS

Nombre del juez: _____

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responde la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6	Los ítems son claros y entendibles			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación			

Sugerencias:

.....

 Firma del Juez Experto

ANEXO D

INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN
ENFERMERA EN EL MANEJO DEL DOLOR POST-OPERATORIO**

Presentación.-

Estimado Sr. (Sra., Srta.), mi nombre es Ada Ahuanari, soy egresada de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La presente encuesta, tiene como objetivo determinar la intervención enfermera en el manejo del dolor de los pacientes post-operados de cirugía abdominal, según la opinión del paciente. Para ello, solicito su participación, la cual es absolutamente voluntaria y anónima, manteniendo la confidencialidad de sus respuestas.

Instrucciones.-

Marque con una "X" la respuesta que mejor se adapte a su situación, de acuerdo con las observaciones realizadas durante la atención de enfermería recibida.

DATOS GENERALES:

1. Tipo de cirugía:
2. Edad:
3. Sexo:
4. Días en post-operatorio:
5. Grado de instrucción:

DATOS ESPECÍFICOS:

Tipo de tratamiento	ENUNCIADO La enfermera:	RESPUESTA				
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
F A R M A C O	1. Me proporciona información sobre las medicinas que recibiré para el tratamiento de mi dolor.					
	2. Solicita mi consentimiento para administrar el tratamiento farmacológico.					
	3. Me pregunta cuánto me duele en intensidad en escala del 0-10					
	4. Evalúa físicamente la zona de intervención quirúrgica para identificar mi dolor					
	5. Me pregunta cómo me siento durante la administración del tratamiento para el dolor.					

L Ó G I C O	6.	Evalúa los resultados de la medicación que recibí para el dolor.					
	7.	Administra los medicamentos de forma cuidadosa preocupándose por mí					
	8.	Administra los medicamentos para el dolor en la hora indicada.					
	9.	Administra dosis suficientes de medicamento para aliviar mi dolor					
	10.	Me informa los valores de mi presión, pulso y temperatura					
	11.	Se dirige a mí por mi nombre al atenderme y verifica mi tratamiento con mi nombre y apellido					
	12.	Supervisa continuamente mi vía periférica y me indica la vía por donde recibiré tratamiento para el dolor.					
	13.	Acude inmediatamente con el tratamiento condicional, si tengo dolor					
	14.	Me explica los tipos de medicamentos que hay para el de dolor que tengo					
N O F A R M A C O L Ó G I C O	15.	Me muestra tratamientos alternativos a los medicamentos para el dolor.					
	16.	Atiende las necesidades básicas de comodidad, como el descanso, para aliviar mi dolor.					
	17.	Me escucha y me ayuda a disminuir mi ansiedad.					
	18.	Favorece un ambiente con una luz adecuada que yo considero me hará disminuir mi dolor.					
	19.	Me ayuda a estar en la posición más adecuada para disminuir mi dolor.					
	20.	Me facilita medios de distracción como televisión y música para contrarrestar mi dolor.					
	21.	Favorece un ambiente tranquilo, libre de ruido si considero que eso disminuirá mi dolor.					
	22.	Utiliza un tono amigable y palabras cariñosas al dirigirse a mí.					
	23.	Usa compresas frías o calientes, para aliviar mi dolor.					
	24.	Me ayuda a estar relajado o me indica las medidas que debo tomar para estarlo.					
	25.	Orienta a mis cuidadores o familiares sobre procedimientos que ayudarán a disminuir mi dolor					
	26.	Me anima a caminar precozmente para disminuir mi dolor y mejorar mi condición.					
	27.	Me educa y explica las ventajas y desventajas del tratamiento que voy a recibir					
	28.	Me brinda confianza para negarme ante algún tratamiento que no considere beneficioso.					

Muchas gracias por su participación, que tenga un buen día.

ANEXO E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: Intervención Enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de lima, 2017.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ada Nisi Ahuanari Ramírez.

Sr. (Sra. O Srta.) usurario: El presente consentimiento informado le garantiza la información acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. Al aceptar expresa voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información. La participación es absolutamente voluntaria no siendo coaccionado a participar en ninguna manera.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito de este estudio es poder identificar las acciones que realiza la enfermera para disminuir el dolor en los pacientes operados de cirugía abdominal, y con esto identificar si hay necesidades de mejora.

¿Qué sucede si participo en el estudio? ¿Cuánto tiempo estaré en el estudio?

Su participación en el estudio no condiciona la atención durante su hospitalización.

El estudio consta de una encuesta que será llenada en el servicio en que se encuentra hospitalizado, es decir, el servicio de Cirugía H-3 y/o Cirugía H-4, respectivamente. Esta consta de 28 enunciados, el tiempo estimado para responder es de 15 minutos.

¿Cuáles son los beneficios por participar en este estudio?

Los resultados servirán para reconocer la realidad de este servicio y ayudar a la mejora de la atención en el mismo.

¿Cuáles son las posibles molestias o riesgos por participar en el estudio?

Si participa, se le solicita responder con total veracidad a las preguntas adjuntas en la encuesta, lo cual le tomará alrededor de 15 min.

¿Habrá algún costo por participar en el estudio? ¿Recibiré algo por estar en este estudio?

La participación no tiene ningún costo, ni tiene compensación económica. Por lo que su participación es completamente voluntaria.

¿Cómo protegeremos su información?

El estudio es anónimo y los datos que proporcione serán de uso exclusivo para la investigación, los cuales serán desechados al finalizar la investigación, por ello los resultados de dicho estudio serán en absoluta reserva siendo publicados manteniendo su identidad en el anonimato.

¿Qué pasa si usted quiere terminar su participación antes que el estudio haya terminado?

La participación es voluntaria, siendo libre de abandonarlo en cualquier momento.

¿Qué hacer si tienes preguntas sobre el estudio?

Si usted tiene dudas acerca del estudio puede comunicarse con la investigadora principal, srta. Ada Nisi Ahuanari Ramírez, al teléfono 999930167; correo electrónico: adaahuanari@gmail.com

Si usted tiene dudas acerca de sus derechos o cree que estos han sido vulnerados, puede contactar con el Presidente del Comité de Ética del HNDM: Dr. Jorge Alejandro Yarinsueca Gutierrez, al teléfono: 3280028 (anexo: 8234); Correo electrónico: comite.etica.hndm@gmail.com. Dirección: Parque Historia de la Medicina Peruana S/N, altura de la cuadra 13 de Av. Grau, Cercado – Lima.

Declaración de Consentimiento

El participante ha recibido la información detallada de la investigación, habiendo tenido el tiempo suficiente y necesario para absolver sus dudas. Quien no ha sido coaccionado ni influido indebidamente a participar en el estudio. De aceptar participar firmará el formato, de no aceptar se le agradece anticipadamente su tiempo.

.....
Nombre y apellidos del participante	lugar y fecha	FIRMA

.....
Nombre y apellidos de persona a cargo del proceso de consentimiento	lugar y fecha	FIRMA

ANEXO F

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para hallar el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula para población finita

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

En donde:

n: Tamaño de la muestra

N: Tamaño de la población

z: Nivel de confianza del 95% $z = 1.96$

p: Porcentaje estimado de la muestra

q: 1-p

e: Margen de error permisible. Se tomó en cuenta un error del 10%.

Calculando tamaño de muestra

Se obtuvo que el tamaño de la muestra es de: 45 pacientes post-operados de cirugía abdominal.

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Población: 100

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

$$\frac{(1.96^2)(100)(0.7)(0.3)}{(0.1^2)(100 - 1) + (1.96^2)(0.7)(0.3)}$$

$$\frac{80.6736}{1.796736}$$

Por lo tanto:

$$n = 44.90$$

$$n = 45$$

ANEXO G

TABLA DE CODIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR	RESPUESTA				
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5
4.	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5
7.	1	2	3	4	5
8.	1	2	3	4	5
9.	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5
12.	1	2	3	4	5
13.	1	2	3	4	5
14.	1	2	3	4	5
MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR	RESPUESTA				
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
15.	1	2	3	4	5
16.	1	2	3	4	5
17.	1	2	3	4	5
18.	1	2	3	4	5
19.	1	2	3	4	5
20.	1	2	3	4	5
21.	1	2	3	4	5

22.	1	2	3	4	5
23.	1	2	3	4	5
24.	1	2	3	4	5
25.	1	2	3	4	5
26.	1	2	3	4	5
27.	1	2	3	4	5
28.	1	2	3	4	5

ANEXO H
MATRIZ TRIPARTITA DE CODIFICACIÓN DE DATOS

Nº	MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR														Total	VF
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	69	P
2	5	5	5	5	5	5	5	4	5	2	5	5	4	4	64	P
3	5	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	4	62	P
4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	4	4	65	P
5	5	2	3	4	4	4	4	3	3	2	5	5	3	2	49	A
6	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	41	A
7	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	58	P
8	5	5	5	4	5	4	5	5	5	3	5	5	4	4	64	P
9	4	3	2	1	1	1	1	5	5	2	3	3	3	2	36	A
10	1	3	4	5	2	5	5	5	5	5	5	2	1	3	51	A
11	5	5	5	4	4	3	5	4	4	4	4	3	4	3	57	P
12	5	4	3	3	4	5	5	5	5	4	5	4	5	4	61	P
13	5	5	5	2	3	5	4	3	5	2	5	5	4	4	57	P
14	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	2	3	4	62	P
15	4	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	65	P
16	5	5	1	1	5	5	4	5	5	4	3	3	3	1	50	A
17	4	4	5	5	5	5	3	3	4	3	5	4	4	2	56	P
18	2	3	5	5	3	3	3	3	5	5	5	3	5	3	53	A
19	4	5	4	5	5	5	5	5	5	1	3	1	5	4	57	P

20	3	3	3	3	3	2	4	3	5	4	4	3	3	3	5	3	48	A
21		3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	38	A
22		5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	3	3	3	5	3	56	P
23		2	4	2	4	3	4	2	5	2	4	2	3	3	2	3	41	A
24		5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	4	5	5	4	1	61	P
25		4	4	3	4	3	4	4	3	3	5	2	5	4	4	4	52	A
26		4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	68	P
27		4	5	5	5	4	5	3	4	5	5	5	4	3	4	3	59	P
28		3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	64	P
29		3	2	3	4	4	3	3	3	2	3	5	3	3	4	3	44	A
30		4	5	2	5	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	58	P
31		3	4	2	3	3	2	5	4	4	5	5	5	4	3	3	52	A
32		4	3	4	2	2	4	4	5	3	5	3	5	3	3	2	50	A
33		5	4	5	5	5	5	5	5	3	5	3	5	5	4	3	62	P
34		5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	66	P
35		4	3	3	2	2	3	3	4	3	4	2	4	4	3	2	44	A
36		5	5	2	2	2	5	4	5	3	5	3	5	5	4	3	56	P
37		5	5	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	4	63	P
38		4	3	4	3	3	5	5	5	5	4	2	4	5	4	3	56	P
39		4	4	2	5	5	4	5	5	3	4	5	5	5	3	3	57	P
40		5	5	3	2	2	5	5	5	4	5	3	5	5	5	2	59	P

MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR																TOTAL	VF
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Total	VF		
5	5	4	5	4	4	4	5	1	2	5	4	4	4	56	P	125	P
1	4	5	4	5	3	4	4	1	4	5	4	3	4	51	A	115	P
2	3	3	4	4	3	4	5	4	5	4	3	3	3	50	A	112	P
4	5	4	4	3	3	4	5	1	4	5	5	4	4	55	A	120	P
1	4	3	2	2	2	3	3	1	2	5	2	5	2	37	A	86	A
3	3	2	3	3	1	2	2	1	2	1	2	2	1	28	A	69	A
1	4	4	4	4	3	4	5	1	3	5	4	4	4	50	A	108	A
3	4	5	4	4	1	4	4	1	4	4	4	4	4	50	A	114	P
1	3	3	4	4	4	4	3	1	1	4	2	4	4	42	A	78	A
1	2	1	2	4	1	2	4	2	1	1	2	1	1	25	A	76	A
4	4	4	4	4	4	4	5	2	4	5	5	4	4	57	P	114	P
3	5	2	4	3	5	5	5	1	3	5	4	5	5	55	A	116	P
1	5	4	5	4	4	4	5	1	4	3	5	4	4	53	A	110	A
3	4	5	4	3	4	4	5	1	3	4	4	4	4	52	A	114	P
4	4	4	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	56	P	121	P
1	3	2	4	4	4	5	3	1	2	2	3	1	3	38	A	88	A
2	4	4	3	3	1	1	4	2	3	3	2	2	2	36	A	92	A
3	5	5	5	1	1	3	3	3	3	5	1	1	3	42	A	95	A
5	2	2	5	5	4	5	5	1	2	5	1	1	4	47	A	104	A
1	3	3	1	3	1	1	3	1	3	1	1	2	1	25	A	73	A
2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	29	A	67	A
5	5	5	5	3	3	5	5	2	2	5	5	5	4	59	P	115	P
1	3	4	5	5	4	5	5	1	3	4	5	1	4	50	A	91	A

2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	1	4	5	4	4	4	50	A	111	A
4	4	5	5	4	1	4	4	4	4	4	4	5	1	4	1	50	A	102	A
4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	1	5	5	4	5	5	63	P	131	P
2	2	3	4	4	3	2	5	4	4	4	3	2	3	2	3	42	A	101	A
4	4	4	4	5	1	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	53	A	117	P
2	3	4	4	2	1	3	4	3	4	3	3	3	4	3	4	43	A	87	A
4	3	3	4	2	4	5	5	5	5	1	2	4	4	4	4	49	A	107	A
2	1	1	3	1	1	2	2	2	1	1	1	4	4	3	1	27	A	79	A
2	4	3	4	2	5	4	3	1	2	1	2	5	4	2	3	44	A	94	A
3	4	5	4	5	5	4	1	3	5	3	5	4	4	4	4	55	A	117	P
3	4	5	5	4	5	5	5	5	1	1	5	5	4	4	5	60	P	126	P
2	3	3	5	5	4	5	5	3	1	2	2	5	3	3	4	48	A	92	A
2	3	2	5	4	4	4	4	4	1	3	3	4	4	4	4	48	A	104	A
2	3	4	5	4	4	4	4	4	2	5	5	4	3	4	5	53	A	116	P
3	2	2	5	4	5	5	5	4	1	3	3	5	4	4	5	52	A	108	A
2	4	3	5	4	4	4	5	4	1	4	4	5	4	4	5	54	A	111	A
3	4	3	5	3	5	5	5	5	1	3	3	5	4	4	4	53	A	120	P

ANEXO I
TABLA 1
EDAD, SEXO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES
POST-OPERADOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL

Datos generales		Pacientes post-operados		Total	
		Nº	%	Nº	%
Edad	18 – 35	26	65	40	100,0
	36 – 59	10	25		
	60 a más	4	10		
Sexo	Femenino	17	42,5	40	100,0
	Masculino	23	57,5		
Grado de instrucción	Primaria incompleta	1	2,5	40	100,0
	Primaria completa	3	7,5		
	Secundaria incompleta	4	10		
	Secundaria completa	20	50		
	Superior técnico	6	15		
	Superior universitario	6	15		

ANEXO J
TABLA 2
DATOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES POST-OPERADOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL

Datos generales de hospitalización		Pacientes post-operados		Total	
		Nº	%	Nº	%
Tipo de cirugía	Laparoscópica	23	57,5	40	100,0
	Abierta	17	42,5		
Días postoperatorio	12 – 24 hrs	14	35	40	100,0
	2 días	13	32,5		
	3 días	8	20		
	4 días	5	12,5		

ANEXO K

TABLA 3

FORMAS DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR DEL PACIENTE POST-OPERADO DE CIRUGÍA ABDOMINAL, SEGÚN OPINIÓN DEL PACIENTE, EN UN HOSPITAL DE LIMA.

LIMA – PERÚ

2017

Formas	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
VALORACION DEL DOLOR	18	45.00	22	55.00	40	100.00
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	28	70.00	12	30.00	40	100.00
EVALUACION DEL EFECTO DEL MEDICAMENTO PARA EL DOLOR	24	60.00	16	40.00	40	100.00

ANEXO L**TABLA 4**

ACCIONES DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL MANEJO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR DEL PACIENTE POST-OPERADO DE CIRUGÍA ABDOMINAL, SEGÚN OPINIÓN DEL PACIENTE, EN UN HOSPITAL DE LIMA.

LIMA – PERÚ

2017

Formas	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ayudar a adoptar posiciones antálgicas	24	60.00	16	40.00	40	100.00
Proporcionar una atmósfera adecuada	28	70.00	12	30.00	40	100.00
Utilizar métodos de distracción	19	47.50	21	52.50	40	100.00
Estimulación cutánea	5	12.50	35	87.50	40	100.00
Uso de técnicas cognitivo-conductuales	15	37.50	25	62.50	40	100.00
Interés sincero	13	32.50	27	67.50	40	100.00
Escucha activa	21	52.50	19	47.50	40	100.00